This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

BOSTON MEDICAL
JUL 26 1962
LIBRARY

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

Directeur-Gérant - Dr J. B. A. LAMARCHE.
Rédacteur en chef - Dr E. P. BENOIT.

VOLUME XXVI

NOUVELLE SÉRIE . . . . . VOLUME 2

MONTRÉAL
EUSÈBE SENÉCAL & CIE, IMPRIMEURS-ÉDITEURS
20, Rue Saint-Vincent,

1897

BOSTON MEDICAL
JUN 20 1903
LIBRARY.

CATALOGUED
JUN 20 1903
E. H. B.

7231

BOSTON MEDICAL
JUN 20 1903
LIBRARY

TRAVAUX ORIGINAUX

ETUDE MEDICO-LEGALE (1)

PAR

LE DOCTEUR GEORGES VILLENEUVE

Professeur adjoint de médecine légale et des maladies mentales à l'Université Laval, surintendant médical de l'asile d'aliénés St Jean de Dieu, médecin de l'asile St Benoit-Joseph, membre de la Société de Médecine Légale de New York et de l'Association médico-psychologique américaine.

LES ALIÉNÉS DEVANT LA LOI

PREMIÈRE PARTIE

CODE CRIMINEL

CHAPITRE DEUXIÈME.—Responsabilité légale des aliénés.

> Furore percitus qui crimen committit, satis suo furore punitur, et illum fati infelicitas excusat, nam furiosus non intelligit quod agit, et nulla est ipsius voluntas.
>
> Tiraqueau (1480-1533).

Article I.

" L'homme est libre de choisir entre le bien et le mal, libre de se déterminer par sa volonté entre les différents motifs qui le sollicitent en sens divers, au moment d'accomplir un acte, et par conséquent, il est responsable moralement et punissable légalement lorsqu'il a accompli, *volontairement*, un acte réprouvé par la morale et condamné par la loi. Le libre arbitre de l'homme, voilà le fait qui domine l'existence humaine et sert de base à la morale, au droit et à toutes les législations (2).

(1) Pour le commencement de cet article, voir les numéros 3 et 4, 1896.

(2) Jules Falret.—*Les aliénés et les asiles d'aliénés.*

Par libre arbitre il faut entendre cette faculté qu'a l'homme de se déterminer et d'agir en connaissance de cause, en pleine volonté libre et réfléchie.

Choisir est l'acte propre qui émane du libre arbitre et qui entraîne la responsabilité.

Toutes les actions de l'homme ne sont pas des actes humains. On ne donne ce nom qu'à celles qui sont libres, qu'à celles dont l'homme est maître, ou qui procèdent de sa volonté en tant qu'elle agit avec connaissance et liberté (Somme de St-Thomas d'Aquin.)

Ainsi, on ne regarde point comme actes humains, ni les mouvements d'un homme qui est dans le sommeil, dans le délire ou dans un état de démence (1); ni les sentiments qui sont inhérents à notre nature, comme l'amour de soi, le désir de vivre, l'horreur de la mort, etc. Ces sentiments, quoique spontanés, ne sont pas libres; il n'est point en notre pouvoir de ne pas les éprouver. Il y a plusieurs espèces d'actes humains : d'abord, comme la loi divine étend son domaine sur les mouvements les plus secrets de notre âme, on distingue en morale, deux sortes d'actes : les actes *intérieurs* et les actes *extérieurs*. Les premiers conservent leur dénomination, tandis qu'ils demeurent concentrés au-dedans de nous; tels sont nos pensées, nos désirs, nos affections, nos jugements, avant que d'être manifestés par la parole, ou par quelque autre signe. Les actes extérieurs sont ceux qui se produisent au dehors comme nos discours, nos démarches, et, en général, toutes celles de nos actions où le corps est pour quelque chose.

On voit par ces notions quel est le principe des actes humains : c'est la volonté de l'homme en tant qu'il agit avec connaissance et avec choix. Partout où la connaissance fait défaut, la volonté libre manque, et là où manque la volonté libre, il n'y a pas d'acte humain.

Si la connaissance est imparfaite, la volonté est aussi imparfaite et l'acte humain est aussi frappé d'imperfection au point de vue de sa responsabilité.

La loi humaine est une disposition particulière trouvée par la raison de l'homme, d'après les principes généraux de la loi naturelle et de la loi divine, elle a pour fin l'utilité des hommes. La loi humaine doit s'appuyer sur les conclusions démonstratives de la science, dans toutes les questions qui sont de son ressort et qui peuvent être éclairées par elle.

La volonté du législateur, selon qu'elle est réglée par la raison, a force de loi; autrement, elle serait une iniquité, plutôt qu'une loi.

Ces principes élémentaires, de la théologie et de la philosophie sont ceux que je pose pour bases fondamentales aux études que je fais sur la responsabilité légale des pauvres malades.

Ce sont ces principes que je voudrais voir appliquer partout, quand il s'agit de juger les actes criminels ou simplement répréhensibles de ces pauvres infortunés. Là est la vérité pleine et entière : là donc est la justice.

---

(1) Le mot démence s'entend ici dans le sens générique d'aliénation mentale.

Article II.

"Quelque idée, dit Vibert dans son remarquable traité de médecine légale " que l'on se fasse du libre arbitre, de la liberté morale et de la responsabilité, " il est certain qu'il est des circonstances où la volonté subit l'influence de " causes d'ordre *pathologique*, où les actes sont déterminés par des mobiles qui " sont eux-mêmes l'expression d'un désordre *morbide* des fonctions cérébrales." (1).

Les actes commis dans ces circonstances portent le cachet de l'irresponsabilité et s'ils revêtent un caractère délictueux ou criminel, ils ne peuvent entrainer ni peine ni châtiment pour leurs auteurs.

Cette exception au principe de la responsabilité, admise par tous les codes, n'est pas édifiée par eux sur les mêmes bases, et les critériums de l'état d'esprit du sujet ne sont pas partout identiques ; on peut citer comme s'inspirant de deux idées extrêmes, le code pénal français et le code criminel anglais.

Le code criminel canadien (1892) a prévu cette exception par l'article 11 ainsi conçu :

ART. 11.—*Nul ne sera convaincu d'infraction par suite d'un acte accompli ou omis par lui, pendant qu'il était atteint d'imbécilité naturelle ou de maladie mentale au point de le rendre incapable d'apprécier la nature ou la gravité de son acte ou omission, et de se rendre compte que son acte ou omission était mal.*

2.—*Une personne sous l'empire d'une aberration mentale sur un point particulier, mais d'ailleurs saine d'esprit, ne sera pas acquittée pour raison d'aliénation mentale, en vertu des dispositions ci-après décrétées, à moins que cette aberration ne l'ait portée à croire à quelque état de chose qui, s'il eût réellement existé, aurait justifié ou excusé son acte ou omission.*

3.—*Tout individu sera présumé sain d'esprit, lorsqu'il aura commis ou omis un acte quelconque, jusqu'à ce que le contraire soit prouvé.*

Les termes dans lesquels est formulé cet article limitent le bénéfice de l'irresponsabilité à certains désordres de l'esprit. La responsabilité criminelle des aliénés y est résolue d'après des données, lesquelles, en présence des lumières nouvelles que les découvertes de la médecine mentale ont jeté de nos jours sur la folie, doivent être considérées comme véritablement arriérées, défectueuses, erronées et injustes.

Le critérium de la responsabilité des aliénés édicté par la législation est étroit, parcequ'il circonscrit les décisions du juge et le verdict du jury dans le cercle restreint et infranchissable d'une définition limitative qui n'est pas en harmonie avec les données de la science. Ce critérium est de plus mal fondé, parcequ'il est basé sur des éléments d'appréciations arbitraires et conventionnels, pris en dehors du sujet lui-même et qui ne peuvent établir son état mental et encore moins sa responsabilité, parceque celle-ci découle naturellement de celui-là. En effet, il repose sur le dégré du discernement du bien et du mal et sur l'assimilation des actes de l'aliéné à ceux de l'homme sain, placé dans des conditions identiques à celles où les conceptions délirantes mettent le malade.

---

(1) Ch. Vibert.—*Précis de médecine légale*, 4e édit. Paris 1896.

Or ni l'un ni l'autre ne sont des critériums de folie, ne peuvent définir l'état mental du sujet et encore moins établir sa responsabilité au point de vue mental.

Ceci m'amène à discuter, dès maintenant, comment la responsabilité des aliénés doit être comprise, au point de vue médical. Je passerai ensuite à l'examen des critériums admis par la loi,pour apprécier la responsabilité légale des aliénés et je rechercherai ensuite quel doit en être le véritable critérium.

Irresponsabilité absolue, responsabilité partielle.

Peut-on admettre en principe, avec le code criminel, *qu'une personne puisse être sous l'empire d'une aberration mentale sur un point particulier et être d'ailleurs saine d'esprit ?* Tous ceux qui ont vu beaucoup d'aliénés savent combien est complet l'envahissement du champ de la conscience chez ces infortunés. Quelque restreint que soit leur délire, quelque particulier que soit le sujet sur lequel il porte, il n'en résulte pas moins une préoccupation unique qui règle tous les actes de la vie et dans la prédominance de laquelle il faut voir une preuve de folie. Quelque circonscrit que soit le cercle dans lequel se meut le délire, il entraîne une modification complète de l'individualité psychique et l'intelligence n'en est pas moins altérée dans sa totalité. S'il en était autrement, l'individu, avec les forces restées saines, pourrait apprécier justement ses conceptions et il ne serait pas fou. Ce que l'on ne peut nier, c'est la solidarité des facultés qui composent l'intelligence humaine.

Les conceptions délirantes dominent à ce point l'activité intellectuelle qu'elles deviennent le motif de toutes les déterminations. L'idée délirante ne se modifie pas malgré l'accumulation des preuves les plus péremptoires, les arguments les plus logiques ne peuvent la déloger de l'esprit du malade, elle reste là implantée, contre toute raison, toute logique, toute évidence. L'aliéné peut paraître n'avoir qu'une seule idée délirante, il peut en avoir plusieurs. Que l'idée délirante soit isolée, qu'il en existe au contraire plusieurs, du moment qu'il en persiste une seule, on peut dire que tout l'appareil de la raison fonctionne à faux.

" L'idée délirante dit Krafft Ebing dans son traité de psychiatrie (1), est le produit d'une maladie cérébrale, c'est un phénomène partiel d'un état général morbide. Précisement parceque l'idée délirante du fou est le symptôme d'une maladie célébrale, ni la logique, ni le raisonnement ne peuvent rien faire contre elle. L'idée délirante reste debout et cesse avec la maladie qui l'a causée. Il est aussi impossible de détruire par la discussion l'illusion du malade, qu'il est impossible de guérir sa maladie par des discours. L'idée délirante d'un aliéné a toujours une signification subjective, en rapport intime avec ses intérêts; l'illusion de l'homme normal apparaît comme une erreur purement objective. Tous les deux peuvent croire à l'existence des sorcières, par exemple ; mais celui-ci n'y croit que par superstition, par étroitesse d'esprit; tandis que celui-là y croit parcequ'il les voit, parcequ'il les sent et qu'il se croit menacé par elles.

(1) Krafft Ebing : *Traité clinique de psychiatrie*, traduction de la 5e édition allemande, par le Dr Emile Laurent, Paris, 1896.

Cela explique la réaction différente que l'illusion produit dans l'un ou l'autre cas : chez l'homme normal, l'erreur n'aura pas une influence particulière sur sa manière d'agir ; chez l'aliéné, l'illusion pourra amener les plus violentes réactions dans les sentiments et dans les actes."

Les personnes peu au courant des connaissances spéciales de psychiatrie ont été étonnées d'observer la conservation des facultés syllogistiques de la mémoire, de l'attention, de la volonté, chez les aliénés atteints de folie partielle, ou pour parler le langage scientifique d'aujourd'hui, de délire systématisé, c'est-à-dire présentant une idée délirante ou une série d'idées délirantes restant limitées au même sujet. Elles les ont vus avec non moins d'étonnement se distinguer par la plus remarquable clarté dans la manifestation de leur délire. On en est arrivé à conclure à la simultanéité de la raison et de la folie et même à la coexistence du délire et de la lucidité, et on a émis la prétention que le fou partiel pouvait apprécier sainement ses propres conceptions délirantes.

Or le propre de l'aliéné, c'est de croire à l'existence d'un certain état de chose, non pas en vertu du raisonnement, de connaissances acquises, de l'observation ou des notions reçues des gens de son temps, de son pays, de son milieu social et de son niveau intellectuel, mais par suite d'une modification psychique créée par la maladie ; et de raisonner, d'agir et de se manifester avec intelligence et logique, d'après l'idée fausse inspirée par la maladie. L'individu pense, agit et raisonne, mais d'après une idée fausse qu'il n'est pas libre de ne pas avoir.

Il ne faut donc pas confondre la persistance des manifestations intellectuelles et du raisonnement avec la lucidité d'esprit, car ce terme implique la liberté de penser d'après les lois ordinaires de la logique. Chez le fou partiel, le trouble est dans l'ordre des idées. L'idée délirante lui est suggérée non pas par la logique, mais lui est inspirée par la maladie. Elle devient le cachet de son individualité, la note dominante de sa personnalité, la clef de son existence, tout son moi lui est pathologiquement subordonné. Elle envahit tout le domaine psychique, dans l'ordre de la logique, et supprime toute autre idéation, dans la règle de conduite de l'existence. Le propre du persécuté, par exemple, c'est de toujours se croire en butte à des persécutions et ce qui constitue essentiellement sa folie, c'est exactement cette idée de persécution qui s'est implantée dans son cerveau. Tant que l'individu se croit persécuté, tant qu'il n'a pas reconnu l'erreur de ses conceptions, il est aliéné même lorsque, se renfermant en lui-même, il cesse de manifester ses idées fausses, d'accuser des troubles sensoriels ou que tirant des déductions logiques de premices erronnées, il manifeste la persistance de la mémoire, de l'attention, de la volonté

Toute la partie conservée de l'intelligence est employée fatalement à perfectionner le délire et à le coordonner, de même que logiquement chez l'homme sain, l'intelligence sert à perfectionner l'idée saine. Même on peut dire, avec le Dr A. Girandin (1) que le pouvoir délirant d'un aliéné est en raison directe de ses moyens intellectuels. Les faibles d'esprit auront des troubles délirants

(1) A. Girandin : Contribution à l'étude des caractères du délire dans leurs rapports avec l'intelligence du délirant, thèse de Lyon 1895.

élémentaires et peu compliqués. Plus l'intelligence sera élevée, plus le délire aura de tenue, de logique et de méthode déductive. La puissance de l'activité psychique, chez certains aliénés, se traduira par la subtilité du raisonnement dont la correction apparente peut égarer l'esprit le plus en éveil.

Il faut ajouter que chez les délirants hallucinés, le jugement est compromis par la violence ou la répétition d'une représentation mentale d'origine sensorielle.

Ainsi, si la raison n'est apparemment oblitérée qu'en partie, la folie n'en existe pas moins complètement et exerce son empire sur les déterminations de l'individu et sur son libre arbitre, avec autant de force que le délire le plus généralisé ou la démence la plus complète.

Il est donc absurde de prétendre d'une manière absolue, qu'une même personne puisse être, au même moment, atteinte d'aliénation mentale sur un point seulement, et saine d'esprit pour tout le reste. Je me demande comment l'on peut ainsi fractionner la conscience humaine.

Tardieu a resumé ces différentes questions avec beaucoup de netteté ; je ne saurais mieux faire que de répéter ses paroles (1) : "Pour peu que l'expert apporte dans l'examen une attention suffisante, il reconnaîtra qu'il n'existe chez ces malades ni lésions de la volonté, ni impulsions au sens propre du mot, mais au contraire que le raisonnement persiste parfois avec une force singulière, avec cette particularité que, s'appliquant aux idées les plus fausses, ou conduit par des hallucinations ou des illusions des sens, il enfante des déductions à la fois logiques et insensées et par suite les actes les plus violents et les plus regrettables. A tous les degrés et dans tous les cas, de tels aliénés sont irresponsables et le médecin peut et doit, en toute sécurité de conscience, s'efforcer de les soustraire à des verdicts de condamnation qui atteignent non des criminels, mais des malades dignes de pitié."

Ceux qui croient, dit Falret : (2) " que la monomanie peut exister uniquement dans une idée délirante implantée comme une plante parasite dans une intelligence restée saine sous tous les autres rapports, peuvent admettre également que l'individu atteint de cette idée puisse lutter avec toutes les forces saines qui lui restent contre l'entraînement de l'idée délirante, et qu'il puisse rester libre d'agir ou de ne pas agir, même dans le sens de cette idée maladive. Mais quand on n'admet pas la monomanie dans un sens aussi restreint, quand on est convaincu, par l'observation attentive de tous les aliénés atteints de délire partiel, que le délire de tous ces aliénés n'est jamais aussi limité, que non seulement le cercle des idées délirantes est toujours plus étendu, mais que chez tous les aliénés atteints de délire partiel, quelque restreint qu'il paraisse, il existe un terrain maladif, un sol pathologique préalable, indispensable pour que les idées fixes puissent s'y implanter et y prendre racine, on ne peut à aucun prix se rallier à l'opinion des partisans de la responsabilité partielle."

M. Falret a d'ailleurs soin d'ajouter plus loin : " Mais si nous n'admettons pas la responsabilité partielle des aliénés ainsi comprise, c'est-à-dire portant sur

(1) Tardieu.—*Etude médico-légale de la folie.*

(2) Jules Falret : *Locution citée.*

certains faits et non sur certains autres, *dans le même moment*, nous sommes tout disposés, au contraire, à l'admettre dans des moments différents. Nous sommes tout prêts à proclamer qu'il est des moments dans la vie des aliénés où l'on doit reconnaître, soit leur responsabilité entière, comme dans les périodes de prédisposition, d'intermittences, d'intervalles lucides, soit leur responsabilité complète ou atténuée, comme dans les périodes d'incubation, de rémission plus ou moins complète ou de convalescence. Nous admettons aussi que la responsabilité complète ou incomplète peut être discutée dans certains états de trouble mental en dehors de la folie proprement dite, comme dans la démence apoplectique et l'aphasie, l'épilepsie, l'alcoolisme."

Il nous semble difficile de ne pas se rallier à l'opinion de M. Falret. Nous admettons avec lui l'*irresponsabilité absolue* pour tous les cas d'aliénation mentale réellement confirmée et nettement caractérisée, et nous autorisant des prudentes réserves dont il a entouré la question, nous réservons la responsabilité partielle, ou atténuée, pour tous les états qui tiennent le milieu, à des degrés divers, entre la raison et la folie.

Ainsi donc, l'irresponsabilité existe en fait, elle existe aussi en droit et elle est inscrite, en principe, dans notre code (code criminel 1892).

Mais ce même code en soumet l'appréciation à divers critériums. Après avoir fait justice de l'erreur capitale commise par cette législation en admettant la simultanéité d'une raison partielle et d'une folie partielle, dans l'aliénation mentale confirmée, il nous reste à soumettre ces divers critériums à la discussion, à savoir : le degré de discernement du bien et du mal, et l'assimilation des motifs d'un aliéné à ceux d'un homme sain, dans des situations analogues.

Discernement du bien et du mal.

Les hommes les plus compétents dans les sciences médicales et légales s'accordent à soutenir que l'aptitude à distinguer le bien du mal, soit d'une manière abstraite, soit dans tel ou tel cas donné, ne peut pas être prise comme signe distinctif de la folie et de la responsabilité dans le crime.

Ce signe peut s'appliquer dans l'obnubilation des facultés que l'on rencontre dans la confusion mentale et dans les états maniaques ou dépressifs les plus étendus, à cause du désordre extrême des facultés.

Mais il a surtout sa raison d'être dans les états d'infériorité intellectuelle manifeste, qu'elle résulte d'un arrêt de développement, comme dans l'idiotie, l'imbécilité, ou qu'elle soit due à une déchéance complète des facultés, comme dans la démence. Ici le sens moral manque, la faculté de discerner le bien du mal n'existe pas, parce que l'individu n'a pas assez d'intelligence pour exercer son discernement, et choisir entre l'un ou l'autre, en connaissance de cause. L'appréciation de la responsabilité se réduit ici, pour ainsi dire, à un dosage des facultés, et selon que l'intelligence est plus ou moins développée ou affaiblie, elle peut aller de l'irresponsabilité absolue à la responsabilité plus ou moins atténuée.

On peut admettre, en dehors de l'infériorité intellectuelle, le critérium du discernement du bien et du mal, non plus d'une manière abstraite, mais pour

certains cas en particulier, lorsque l'appréciation de la valeur morale est obscurcie par une idée ou une conception délirante. Il en est ainsi, lorsqu'en vertu d'idées religieuses délirantes, une mère tue ses enfants pour leur faire gagner plus sûrement le ciel, avant qu'ils aient subi la souillure du péché, comme avait voulu le faire une de mes malades. Il est vrai de dire qu'elle avait la conviction intime et absolue de faire un acte méritoire. Il en est de même de ceux qui, dominés par le délire, immolent un homme, pour sauver un peuple, une cause.

En dehors de ces états, on peut dire que la faculté de discerner le bien du mal persiste à divers degrés ; théoriquement, l'aliéné sait que tel acte est contraire à la morale, qu'il est défendu par les lois du pays, mais sa liberté morale est altérée, il n'est pas libre de se conformer aux dictées de sa conscience, par le fait de la contrainte que la maladie mentale exerce sur lui. Il agit sous l'influence d'une idée délirante, d'une hallucination, d'une impulsion maladive, symptômes non douteux d'un état mental pathologique.

Le degré de discernement du bien et du mal, envisagé soit d'une manière abstraite, soit en rapport avec tel ou tel cas en particulier, ne saurait donc être accepté comme critérium absolu de la responsabilité des aliénés, puisque ce discernement n'est pas aboli dans un grand nombre de formes d'aliénation mentale confirmée.

Assimilation des motifs des actes de l'aliéné à ceux d'un homme sain d'esprit.

Dans le code criminel canadien, les actes de l'aliéné sont jugés comme le seraient ceux de l'homme sain, placé dans des conditions identiques à celles où les conceptions délirantes mettent le malade.

Quant à ce critérium, il est tellement en retard des progrès de la science, qu'il semble étrange qu'il ait pu trouver place dans un code édicté en 1892 ; il est même tellement en dehors de toute notion de pathologie mentale, que je ne sais vraiment pas comment le discuter au point de vue des connaissances médicales.

C'est l'acte envisagé d'une manière abstraite et comparative qui devient le critérium de la responsabilité de l'aliéné, et non l'état mental. L'aliéné ne peut être acquitté pour raison d'aliénation mentale, même lorsque celle-ci est bien confirmée, si la provocation imaginaire, étant donnée comme réelle chez un homme sain d'esprit, n'aurait pas justifié l'acte ou l'omission.

Or la loi ne reconnaît comme excuse légale d'un acte ou omission que le cas de défense personnelle, encore l'inculpé est-il obligé de faire la preuve qu'il avait raison de croire d'une manière certaine que sa vie était en danger au moment même où il a commis l'acte. Elle reconnaît aussi comme excuse légale, la contrainte exercée sous certaines circonstances, par une personne réellement présente. Mais elle n'admet pas les motifs de haine, de vengeance, elle ne reconnaît à aucun individu le droit de se faire justice lui-même. Cela est juste et raisonnable pour l'homme sain qui peut apprécier sainement une situation, exercer son jugement, résister à l'entraînement de ses passions, et maîtriser sa colère.

Qui laisse le désir devenir une idée fixe, l'idée fixe amener l'état de passion, diminue le pouvoir de la résistance et augmente celui de la passion et ne peut réclamer le bénéfice de l'irresponsabilité. Quelque soit l'entraînement des passions et des circonstances, on doit admettre que l'individu était libre s'il présente les apparences de la raison.

Mais les motifs qui animent l'aliéné sont des motifs morbides, ils ne s'implantent chez lui qu'en vertu d'un état pathologique, il n'est pour rien dans leur éclosion, ils envahissent malgré lui sa personalité. Ils deviennent la règle dominante de sa vie, et l'inspiration de toutes ses actions. Il ne peut juger ses motifs comme l'homme sain, il ne peut comme lui mesurer ses réactions. Cependant, on applique à ses actions le même critérium que celui qu'on applique à celles d'un homme sain. Il faut raisonner comme si le motif de l'acte accompli par lui était réel au lieu d'être imaginaire, comme s'il était sain d'esprit au lieu d'être un aliéné.

Admettre une semblable responsabilité, ne serait-ce pas en quelque sorte reconnaître que l'individu est libre de ne pas être aliéné. Un individu présente des idées fausses de persécution, il entend des voix qui l'injurient, éprouve des hallucinations de tous les sens, des troubles de la sensibilité générale. Après avoir longtemps hésité, il finit par personnifier son délire, il attribue ses souffrances à un individu. Dès lors, il n'a plus qu'un désir, c'est d'obtenir justice et le cas échéant, d'exercer sa vengeance contre son ou ses persécuteurs imaginaires. Il devient alors dangereux et son internement dans un asile d'aliénés s'impose. Les symptômes qu'il présente justifient cette mesure. Tant qu'ils persistent on y trouve un motif suffisant pour le maintenir dans cet asile, toute sa vie durant, même. Il s'adresse aux tribunaux et réclame d'eux sa liberté ; pour les mêmes motifs, il ne peut l'obtenir. On lui enlève sa capacité civile, on ne lui trouve pas assez de liberté d'esprit pour gérer ses biens, tester, etc. Mais s'il se livre, avant qu'on l'ait reconnu comme aliéné, aux violences en prévision desquelles on l'aurait enfermé dans un asile, il ne sera pas acquitté pour raison d'aliénation mentale, dit le code canadien ; quoiqu'aliéné, il portera la responsabilité de ses actes, fruits de son délire, et devra en subir la sanction pénale, si le motif n'en aurait pas été jugé suffisant chez un homme sain.

Nous croyons inutile de pousser plus loin la discussion, de multiplier les exemples et les comparaisons.

Nous croyons avoir prouvé qu'il est faux de dire sans restriction, *qu'une personne sous l'empire d'une aberration mentale sur un point particulier peut être d'ailleurs saine d'esprit.* Le critérium du degré de discernement du bien et du mal ne peut s'étendre à toutes formes d'aliénation mentale, et ne peut ainsi établir le degré de responsabilité des aliénés que dans un nombre restreint de cas. Le critérium de l'assimilation des motifs des actes d'un aliéné à ceux d'un homme sain d'esprit, dans des situations analogues, ne s'applique à aucune forme d'aliénation mentale et ne peut encore moins définir le degré de responsabilité de l'aliéné, car les lois de la santé ne sont pas celles de la maladie. L'aliénation mentale est une questiion de fait et non de droit, la responsabilité en est un terme connexe.

Le véritable critérium de la responsabilité des aliénés.

Nous venons d'établir que les critériums requis par la loi ne peuvent établir la folie et qu'ils ne donnent de la responsabilité des aliénés qu'une solution spéculative, arbitraire, inapplicable en pratique. " La loi ne peut pas reconnaître pour un fait ce qui n'est pas un fait pour la science, il ne peut pas y avoir santé légalement, là où il y a maladie effectivement. Il est donc déplorable que les tribunaux persistent à se mettre en conflit avec la science et les lois de la nature, sur une question et fait qui est du domaine de la science et qui n'est pas du ressort de la loi." (1) Que dirait-on si nos législateurs faisaient une loi pour établir comment serait constituée la pneumonie, au point de vue légal, et dans quelles circonstances il pourrait être dit qu'il y a pneumonie et par conséquent maladie ? Ou bien, si s'occupant de toxicologie, ils édictaient que tel ou tel appareil, tombé en dissuétude depuis des années, reconnu défectueux ou remplacé par des appareils perfectionnés, continuerait d'être employé pour la recherche des poisons, à l'exclusion de tout autre ; et que, statuant arbitrairement, ils disaient que tel ou tel signe, constituerait toujours et dans tous les cas, une preuve d'empoisonnement ? Ou bien encore, pour multiplier les exemples si, un juge ayant décidé il y a 50 ans, que dans certaines circonstances, il y avait eu empoisonnement, les tribunaux continuraient à s'appuyer sur cette décision, malgré les progrès de la science et les acquisitions nouvelles, absolument contradictoires ?

Quel est donc le critérium de la responsabilité dans la folie ? Le véritable critérum, la vraie pierre de touche de la présence ou de l'absence de la responsabilité, *c'est la maladie.* En dehors de ce critérium net et positif, on ne peut rencontrer dans la médecine légale que contradictions, obstacles insurmontables et insolubles.

C'est pour l'avoir négligé que la pratique des tribunaux anglais a été variable et contradictoire. Certaines théories qui ont eu force de loi, comme celles des *fous bêtes féroces* (Hale) ont été reléguées depuis dans les archives des erreurs humaines. (2) On a vu souvent dans un même ordre de chose, le moins fou s'en tirer, tandis que le plus fou était pendu ; un homme affecté d'une forme particulière d'aliénation mentale être acquitté, et un autre homme, ayant exactement la même forme de folie être condamné dans une autre affaire.

Tout le monde s'accorde maintenant à proclamer la sagesse de la loi française, ainsi conçue :

Code pénal, Art. 64.—*Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.*

Le terme démence, veut dire ici aliénation mentale, c'est-à-dire l'ensemble des états pathologiques essentiellement caractérisés par des troubles de l'intelli-

(1) Maudaley : Le crime et la folie.

(2) Maudaley (Loc. citée.)

gence : *genericum nomen*, dit Zacchias (1621-1633) *comprehendens sub se omnes affectus in quibus mens vel errat, vel debiliter operatur.* La loi française a pris la tâche de ne rien spécifier afin de ne point imposer au juge une définition limitative, mais de laisser à sa conscience toute la latitude pour se prononcer, suivant les circonstances accessoires et principales du fait.

Elle s'appuie sur ce grand principe, qui domine tous les actes humains, que l'homme n'est responsable que lorsqu'il a pu agir ou se déterminer en connaissance de cause, en toute volonté libre et réfléchie.

Jamais la logique différente qui préside à la législation des races latines et celtiques d'un côté, et des races anglo-saxonnes de l'autre ne pouvait être mise en plus éclatant relief que dans la question de la responsabilité des aliénés.

Les lois françaises sont toutes ou presque toutes entièrement basées sur un principe, pendant que les lois anglaises sont dérivées de précédents. Il en est de même de presque toutes les matières sujettes à l'étude humaine, matières politiques, sociales ou autres. L'anglo-saxon semble complètement inhabile à concevoir l'idée métaphysique, à raisonner d'après un principe abstrait. Il ne voit que la forme concrète. Il ne s'occupe pas de poser un principe d'une application universelle, il se demande seulement si ce principe est applicable dans tel ou tel cas. De cette façon, il est comme le navire sans ancre. Il est entraîné à la dérive des expédients.

Il faut descendre des solutions théoriques et des doctrines arbitraires à l'observation, à l'examen, à l'analyse et à la critique des faits. Le fou est un malade, il faut dans chaque cas, établir l'état de maladie, faire le diagnostic et spécifier l'entité morbide que présente l'individu, à la lueur des lumières de la science ; mais de la science sans parti pris, sans restriction, sans étiquette, distinguant dans les doctrines nouvelles ce qui est prouvé, de ce qui n'est qu'hypothèse et système conjectural.

La maladie, comme critérium de la responsabilité, là seulement est la vérité, car elle seule nous permet de juger chaque cas en particulier, sur son propre mérite. Le diagnostic établi sur des preuves péremptoires et certaines, sur l'examen approfondi de chaque homme, de son état psychique et physique, des circonstances du fait, là est le critérium de la maladie. Là aussi est la justice et la sécurité, car l'objet principal de l'intervention de la médecine légale, devant la justice, dit Marc, dans son traité de la *folie*, " est de signaler une des infortunes humaines les plus affreuses et d'empêcher qu'elle ne devienne la source d'erreurs déplorables, ou que faussement alléguée, elle ne serve d'égide au crime." (1)

L'inculpé était-il aliéné ou non, au moment de l'acte incriminé; là est toute la question, c'est une affaire de diagnostic. Le médecin n'a pas à interpréter ou à appliquer la loi, ce qui lui appartient, c'est de définir l'état de santé ou de maladie du sujet et partant d'établir sa responsabilité ou son irresponsabilité au point de vue médical. Il doit se placer sur le terrain scientifique qui seul peut donner des bases sérieuses à son opinion et il ne peut prendre pour guide les

(1) Marc. De la folie modérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires 1840.

critériums arbitraires et spéculatifs du droit criminel. Là commence et finit sa mission. Quant aux influences de milieu social, d'éducation, de circonstances, il n'est pas spécialement compétent, pour intervenir, s'il n'est pas constaté une véritable affection mentale. Il peut tout au plus indiquer certaines circonstances d'ordre pathologique qui peuvent attirer l'indulgence de la justice.

Ici, plus que partout ailleurs, le médecin ne doit pas chercher à donner au prévenu qu'il croit aliéné et irresponsable, d'ailleurs, un état mental qu'il n'a pas, afin de le faire excuser par la loi, en le classant forcément dans la catégorie d'irresponsables reconnus par la loi. D'aucuns ont voulu faire passer pour des gens absolumeut dépourvus de discernement, des aliénés d'une tenue parfaite et faisant preuve d'une intelligence et d'une instruction bien supérieures à celles des jurés appelés à les juger. Une telle conduite est propre à égarer la justice et à discréditer la science, en la mettant en contradiction avec le bon sens commun et la logique des faits. L'expert devra plutôt s'attacher à démontrer que " tel individu dont l'intelligence paraît intacte, et qui a rempli jusque dans ces derniers jours ses occupations habituelles, est un halluciné chez lequel un délire déjà ancien s'est systématisé. Il pourra constater d'une façon évidente l'existence d'idées délirantes et d'hallucinations et montrer l'étroite relation qui existe entre les faits incriminés et les phénomènes hallucinatoires et les conceptions fausses." (1)

Je ne crois pas qu'il se trouve un juge ou un jury pour condamner un tel individu, dont tout le crime consisterait à avoir eu le malheur de ne pas avoir été reconnu aliéné en temps utile et enfermé avant d'avoir pu commettre des actes nuisibles.

Il y a pas lieu d'établir des catégories d'irresponsables, puisqu'il a été dit que chaque cas doit faire l'objet d'un examen particulier et que je prétends aussi, que pour chaque cas, toute la discussion est à refaire. L'examen approfondi de la vie de chaque homme est le seul moyen d'arriver à la connaissance exacte de son état mental. Mais il n'en est pas moins vrai que la maladie imprime à tous les aliénés de chaque catégorie des caractères communs singulièrement identiques qui constituent ce que l'on peut appeler la marque de l'état morbide. Il y a aussi des actes qui sont commandés par la nature même de la maladie.

L'étude sémiologique poussée plus avant amène à des groupements de symptomes correspondant à des types morbides bien connus et assez nettement définis et différenciés, pour qu'à chacun d'eux s'appliquent des conclusions déterminées. (2)

Je ne prétends pas faire ici une étude complète des délits commis par les aliénés dans les différentes formes d'aliénation mentale. Cette étude nous entraînerait loin des limites de notre sujet. Cependant je crois devoir indiquer les principaux groupements, qui sont admirablement résumés par Vibert, dans son traité de médecine légale. D'après lui, les faits qui se rat-

---

(1) Magnan. Leçons cliniques sur les maladies mentales.

(2) Paul Garnier : Simulation de la folie, Annales d'hygiène publique et de médecine légale, tome 19, 1888.

tachent à la fois à l'aliénation mentale et à la médecine légale peuvent être repartis en quatre groupes. Dans le premier groupe, les actes répréhensibles ou portant le cachet de l'insanité sont le résultat, ordinairement logique, des conceptions fausses produites elles-même par le délire ou les hallucinations Dans le second groupe, certains actes sont le résultat fatal d'une impulsion irrésistible, plus ou moins inconsciente, impulsions épileptiques, alcooliques, etc. Dans le troisième groupe se classent les affection mentales caractérisées par la faiblesse d'esprit : démence, idiotie, imbécilité. Enfin dans un quatrième groupe on peut classer les actes commis consciemment par des individus encore en possession de leurs facultés mentales,mais chez lesquels ces facultés ont subi l'influence d'une névrose ou d'un état pathologique : hystérie, épilepsie, alcoolisme, etc.

En résumé, au point de vue medico-légal, on peut aussi classer les aliénés en deux grandes catégories, selon qu'il y a infériorité intellectuelle ou non ; les premiers sont irresponsables parce qu'ils sont incapables de délibération, les autres parce qu'ils étaient incapables de résistance lorsqu'ils ont agi sous l'empire d'une idée délirante, d'une hallucination, d'une impulsion irrésistible.

Ces psychoses sont des maladies ; comme toutes autres affections, elles doivent être jugées et établies par leurs symptômes. De plus, il faut là comme ailleurs ou plutôt, beaucoup plus là qu'ailleurs, puisqu'il y a péril social, préciser le diagnostic, définir l'entité morbide. Il ne suffit pas de dire à la justice qu'un homme est fou, mais il faut dire comment il est fou ; pas plus que le patient ne se contente de savoir qu'il est malade, il faut lui faire connaître l'affection particulière dont il souffre On ne peut déclarer qu'un individu est irresponsable au point de vue médical, que lorsque, après examen il nous montre des symptômes psychiques et moraux attestant une maladie des centres nerveux, maladie qui, au moment de l'acte incriminé, l'a mis dans l'impossibilité d'agir autrement qu'il n'a fait.

Je dis que la maladie mentale doit être attestée scientifiquement sur des symptômes pathologiques non douteux. En effet l'allégation d'irresponsabilité n'a que trop souvent la valeur d'un moyen d'audience. L'abus que l'on fait du plaidoyer de folie, la complaisance de certains experts tend à discréditer cette cause d'excuse et à la rendre suspecte, le jour où elle est invoquée légitimement Il est regrettable d'avoir à constater, que dans toute affaire où la preuve est tellement certaine, palpable même, qu'elle ne laisse aucun doute sur la culpabilité du prévenu, et qu'il faut se rendre à l'évidence des faits, on invoque l'irresponsabilité, quelque monstrueux que soit le crime, et peut-être, pour cette raison-là même. Au moyen d'une publicité habilement dirigée, on s'efforce d'influencer l'opinion publique et l'on espère ainsi préparer de longue main un [illegible] indulgent.

Il faut se tenir dans les limites des faits médicaux scientifiquement démon- confirmés par l'expérience et l'observation. L'influence d'une éducation use, d'un milieu social défectueux ne peut être invoquée que pour déter- r son action sur un état mental pathologique. L'hérédité n'est pas fatale, édecine ne peut que rechercher les caractères spéciaux par lesquels se tra- "*hérédité constituée* (dégénérescence mentale héréditaire, syndromes épiso-

diques, Morel, Magnan). Tout système qui ne repose que sur des hypothèses, des conclusions non scientifiques, doit être relégué parmi les théories d'écoles, exemple : le criminel né, le type criminel, (Lombroso (!!) école italienne, école anthropologique). Toutes les fois que la science ne s'est pas prononcée, il n'y a qu'hypothèse et conjecture ; il est du devoir du médecin, parlant au nom de la science, de l'affirmer. C'est la destinée de l'homme de déchiffrer péniblement le livre de la Science. Le jury, représentant la société, le juge, représentant la justice, doivent porter avec l'expert la responsabilité de L'IGNORANCE ORIGINELLE dans les cas douteux.

Article III.

Examen de l'état mental des prévenus.

Le dernier paragraphe de l'article 11 du code criminel se lit comme suit : *Tout individu sera présumé sain d'esprit jusqu'à ce que le contraire soit prouvé.* La justice peut-elle ainsi se désintéresser de l'examen de l'état mental des individus qui sont appelés à répondre devant elle de leurs actions ? Dire qu'il est résulté de cette abstention des erreurs regrettables, que de pauvres malades ont subi la flétrissure d'une condamnation, c'est affirmer que la justice ne peut rester étrangère à cet examen lorsque les circonstances du crime ou délit, l'attitude du prévenu, ses antécédents jettent des doutes sur l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Combien la justice n'est-elle pas plus exposée à errer, l'orsqu'il s'agit d'affaires plus graves, lorsque l'énormité ou la laideur du crime excitent l'indignation, indisposent contre l'inculpé le sentiment public. La société crie vengeance et la justice s'empresse de la satisfaire.

Dans ces cas, au point de vue de l'expertise, il y a deux alternatives, ou bien ce sont les circonstances données, l'attitude du prévenu, son histoire qui jette des doutes sur l'intégrité de son intelligence, ou bien c'est l'avocat qui invoque l'irresponsabilité de son client, comme moyen de défense, et l'on sait l'abus que l'on fait de ce moyen.

Dans l'une ou l'autre alternative, la justice ne saurait se désintéresser : dans le premier cas, elle doit éviter de condamner un irresponsable, elle ne peut le laisser languir en prison, elle ne saurait traîner de juridiction en juridiction un pauvre fou ; dans le second, c'est pour elle un impérieux devoir de ne point laisser échapper un coupable. Or l'expertise médicale seule et l'expertise médicale faite à temps et suffisamment prolongée peut lui fournir les éléments nécessaires à une juste appréciation de l'état mental du prévenu, pour reconnaître son irresponsabilité dans un cas et sa responsabilité dans l'autre. Si la justice ne s'occupe par avance de l'état mental du prévenu, elle se trouvera complètement prise au dépourvu au moment du procès. Les moyens les plus douteux de la défense, les affirmations les plus hasardées, les conclusions les plus hypothétiques ne rencontreront pas les dénégations énergiques qu'auraient fournies l'observation du malade. Si l'expertise est laissée entre les mains de gens à la solde de la défense, bien disposés à trouver des preuves pour étayer ce plaidoyer de folie, comment leur répondra

le ministère public, s'il n'a pas pris l'initiative de l'examen, s'il n'a pas été représenté à l'expertise !

Et puis, s'il s'agit d'une contre-expertise, comment apprécier justement l'état mental d'un malade préparé par une première expertise amicale, et qui a saisi, s'il est intelligent, le sens des questions, la signification des manifestations que l'on voulait découvrir chez lui. Etant donné la fragilité des critériums de la folie, dans certains cas, on voit les difficultés qui peuvent se soulever, la situation inférieure dans laquelle se trouvera le médecin légiste et l'incertitude des conclusions qu'il apportera au tribunal.

La justice ne doit pas plus condamner un innocent, qu'elle ne doit laisser échapper un coupable. Il est de son devoir de présenter au jury tous les éléments nécessaires à la juste appréciation de la cause.

L'appréciation de l'état mental d'un individu échappe manifestement à la compétence des magistrats, qui restent étrangers aux connaissances spéciales de la médecine ; ils doivent confier cette mission à ceux que leurs études ont préparé à cette fin.

Il faut se rappeler que si dans certains cas, l'acte lui-même et les circonstances qui l'accompagnent portent le cachet manifeste de l'état d'aliénation de l'individu qui l'a commis, il en est d'autres, au contraire, où rien ne trahit, au premier abord, la nature morbide de l'acte incriminé.

Je crois que les médecins des prisons devraient examiner tous les prévenus aussitôt après l'écrou et signaler au ministère public ceux chez qui il existe une présomption de désordre mental. Les magistrats chargés des enquêtes préliminaires devraient considérer comme un devoir de leur charge d'ordonner l'expertise médicale de l'état mental des prévenus chez qui les circonstances du crime, l'attitude ou les antécédents peuvent faire croire à un état mental défectueux ou pathologique. Enfin, chaque fois que la défense allègue l'irresponsabilité du prévenu, le magistrat devrait commander une expertise médicale rigoureuse portant sur tous les éléments de la cause.

Le dernier paragraphe de l'article 11 est donc plus qu'une lacune, puisqu'il semble consacrer en principe le désintéressement du ministère public dans les affaires de responsabilité au point de vue mental de certains prévenus.

On peut citer le cas d'Almeda Chatelle, arrivé dans une autre province. Cet individu qui venait on ne sait d'où, avait assassiné une jeune fille de 12 ans et il avait mutilé son cadavre. On releva contre lui plusieurs vols de vêtements de femme et il paraît même qu'il avait l'habitude de porter certaines pièces de ces vêtements. Cet individu ne fit rien, ni ne dit rien de sensé depuis son arrestation jusqu'à sa mort. Il apporta tout le temps un maintien indifférent à tout et parut absolument inconscient de l'énormité de son crime. A l'audience il sa les services de son avocat parce que celui-ci voulait plaider folie et il se ndit lui-même par quelques phrases incohérentes et quelques citations de la le. Il monta à l'échafaud sans manifester la moindre émotion, sans paraître ne se rendre un compte exact de ce qui se passait.

Or, il ne fut pas question un seul instant de l'examen de l'état mental de ndividu. Il fut jugé, condamné et pendu, sans qu'on eût pris la peine de

s'assurer s'il jouissait ou non de toute l'intégrité de ses facultés mentales. Quant à lui, il n'avait pas d'avocat, le sien s'étant retiré de la cause à l'audience et il n'avait pas d'argent pour avoir une expertise à son propre compte. Il est évident qu'on a débarrassé la société d'un être nuisible, mais pas aussi clair que l'on n'a pas pendu un fou et que l'on n'a pas commis un meurtre judiciaire.

***

Je crois avoir démontré dans ce chapitre la nécessité d'amender la loi, dans le sens d'une application plus large, plus juste, et plus scientifique du principe de l'irresponsabilité des aliénés, me conformant ainsi au programme que je me suis tracé au commencement de cette étude : de signaler les prescriptions légales qui sont en désaccord avec les progrès de la science et de réclamer que la loi s'harmonise avec la science, dans les questions qui peuvent être éclairées par elles et qui sont de son domaine. Je crois aussi avoir suffisamment tracé le devoir du médecin, qui est de définir l'état mental du prévenu et faire prévaloir le principe de l'irresponsabilité, lorsqu'il y a maladie mentale confirmée.

LA COCAÏNE EN CHIRURGIE

Par O. F. MERCIER, M. D.

Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

J'ai déjà eu l'occasion en 1891 de traiter quelque peu ce sujet dans *l'Union Médicale.* J'étais alors aux débuts de ma carrière professionnelle, et j'écrivais même sans aucune expérience personnelle, tout entier sous l'effet de l'enthousiasme bien légitime que me causait le service des grands maîtres, et, tout particulièrement, de M. Reclus, dont je suivais l'enseignement depuis quelques semaines à l'hôpital Broussais. Inutile de dire que j'avais bien là l'homme connaissant mieux que tout autre la cocaïne comme analgésique local, car chacun le sait, lui seul a fixé et déterminé définitivement les lois qui régissent l'emploi de cet alcaloïde.

Si je viens aujourd'hui attaquer de nouveau ce sujet, ce n'est pas pour décrire une nouvelle technique opératoire, mais pour rapporter ma propre expérience des cinq dernières années, pour aider à prouver toute l'utilité de cet agent que je considère précieux, pour en affirmer l'entière innocuité et en déterminer les indications.

D'ailleurs, c'est un véritable devoir pour moi d'écrire sur ce sujet et ce à un double point de vue : le premier, de vulgariser, au Canada, l'emploi d'une méthode d'analgésie très précieuse, d'une utilité journalière ; le second, d'apporter à mon maître Reclus, dans la campagne qu'il a entreprise en faveur de cette méthode, le faible concours de son élève.

Dans ce court article j'envisagerai trois points. 1o Le manuel opératoire. 2o Les dangers de la cocaïne et 3o les indications de la cocaïne.

De tout temps les détracteurs de la cocaïne l'ont accusée de deux défauts secondaires qui seraient à leur dire, innombrables. Ces deux défauts ne sont point des moins importants ; le premier serait que la cocaïne ne produit pas d'analgésie, et le second qu'elle tue avec une indifférence digne de tout éloge. On admettra volontiers avec moi que si ces deux défauts existent réellement, il est bien inutile de parler des autres.

Entre les mains de celui qui ne connaît pas les règles précises qu'a formulées M. Reclus, je n'ai aucun doute qu'on puisse obtenir des résultats nuls et même néfastes, mais il est absolument certain que bien employée, elle ne présente aucun danger. Je reviendrai d'ailleurs sur ce propos.

Pour le moment nous allons décrire la technique qu'il faut suivre pour obtenir sans danger une insensibilité suffisante dans les opérations si nombreuses où elle est préférable à tout autre agent d'anesthésie.

Le point le plus important pour la sécurité opératoire est le titre de la solution. Lors des premiers essais de M. Reclus, des solutions à cinq pour cent furent employées. On n'eut jamais il est vrai à déplorer aucun accident mortel avec ces doses, néanmoins quelques alertes plus ou moins sérieuses, firent diminuer le titre de la solution de 5 à 2 pour cent. En 1891, alors que j'étais à Paris, M. Reclus commença à se servir de solutions à 1 pour cent, sans toutefois abandonner le 2 pour cent ; à chacune des deux furent assignées des indications spéciales.

Deux choses rendent l'usage de la cocaïne dangereux, l'absorption d'une trop grande dose, et surtout l'absorption trop subite d'une dose qui pourrait même être physiologique.

Comme règle 15 centigrammes bien injectés, forment la dose maxima, qui peut-être atteinte sans danger pour le patient. Cependant, 15 centigrammes injectés dans une veine, où la circulation sanguine les entraînerait vers les centres nerveux, très rapidement, seraient très dangereux. Injectés sous la peau, dans l'épaisseur du tissu cellulaire, le danger serait aussi considérable, mais injectés en trainée, dans l'épaisseur même du derme, le danger est nul. Cependant il faut que ces 15 centigrammes soient en solution faible, soit à 2 ou 1. Il est un fait certain, c'est que ce n'est pas tant la quantité de cocaïne injectée qui cause le danger que la concentration de la solution. On dirait que les centres nerveux sont affectés surtout quand la dose agit à la fois, en masse. Ainsi, il est absolument certain que 5 centigrammes de cocaïne en solution a 2 pour cent seraient très dangereux, pendant que 20 centigrammes en solution a 1 pour cent le seraient beaucoup moins, ou même pas du tout.

Ainsi donc, avec des solutions à 2 ou 1 pour cent, la cocaïne est absolument [illegible]ensive et produit une analgésie amplement suffisante pour un grand nombre [illegible]érations chirurgicales, pourvu que la technique que je vais décrire, soit par[illegible]ment suivie.

Je me rappelle toujours avoir vu à Paris, en 1892, un des chirurgiens les [illegible] éminents, je dirai du monde entier, nous donner un échantillon de l'inefficité de la cocaïne. Il avait à enlever un gros lipome et, disait-il, " Nous [illegible]ns, messieurs, essayer aujourd'hui devant vous l'analgésique à la mode, la

cocaïne ; nous allons voir si elle est aussi bonne qu'on le prétend ". Aussitôt l'interne, qui, une seringue à la main, attendait l'ordre d'injecter plante l'aiguille en trois endroits différents de la tumeur et injecte ainsi dans le tissu cellulaire, peut-être même dans la tumeur elle-même, tout le contenu de la seringue partagé en trois parties à peu près égales.

L'opération est pratiquée au milieu des gémissements du patient, et le chirurgien se retourne vers son auditoire convaincu, par l'expérience si bien réussie, que la cocaïne ne possède aucun pouvoir analgésique. Si je rapporte cette petite anecdote, c'est pour montrer combien le manuel opératoire est important et ignoré.

L'injection ne doit jamais être pratiquée sous la peau ou dans le tissu cellulaire, mais dans l'épaisseur même du derme.

Autant que possible il faut se servir d'une seringue parfaitement stérilisable, les aiguilles ordinaires des seringues hypodermiques suffisent pourvu qu'elles soient parfaitement aiguisées. Il est bon, avant de procéder, de rassurer le patient, en l'avertissant qu'il aura cependant à supporter la douleur de la première piqûre. Un verre de cognac ou de rhum serait très à propos ; il suffirait à relever le courage du patient, à le stimuler et à prévenir une syncope, très rare d'ailleurs, que pourrait causer, non pas la cocaïne, ni la douleur et j'insiste là dessus, mais bien la vue du sang et l'appréhension elle-même.

Sur le trajet de l'incision projetée, on plante l'aiguille hypodermique en ayant bien soin pour ne pas traverser la peau, de donner à l'instrument une direction presque parallèle à celle du tégument. Aussitôt que la pointe de l'aiguille est en plein derme on presse le piston de la seringue afin de faire sourdre quelques gouttes de liquides : dès lors si l'aiguille avance lentement, son passage ne peut plus être perçu par le patient, car au fur et à mesure que l'aiguille avance, la cocaïne injectée, anesthésie les tissus où cette pointe va pénétrer.

A partir de ce moment, on pousse d'une manière lente et continue, la seringue tenue de la main droite, et l'aiguille chemine dans l'épaisseur de la peau qui présente toujours une certaine résistance ; si, brusquement, celle-ci vient à manquer, c'est que l'aiguille a pénétré dans le tissu cellulaire : il faut alors donner à la seringue une direction tout à fait parallèle : à la résistance nouvelle qu'éprouve l'aiguille en avançant, on reconnaît qu'elle est entrée de nouveau dans la trame serrée du derme. Deux signes indiquent encore qu'on marche dans la bonne voie : la peau se boursouffle légèrement suivant la ligne d'injection, puis elle pâlit et revêt une teinte livide produite par la cocaïne qui anémie les tissus.

L'analgésie doit précéder l'aiguille, c'est la condition essentielle, autrement le cheminement de la pointe serait cause de douleurs intolérables.

Une fois l'aiguille introduite dans le derme dans toute sa longueur, il faut la retirer en laissant en même temps s'écouler de la cocaïne, qui ainsi précède à l'aller et suit au retour la pointe de l'aiguille.

S'il est besoin d'une traînée analgésique quelque peu étendue, il faut après avoir retiré l'aiguille, la repiquer au point où elle avait fini sa course en tissu

anesthésié et cela deux fois, trois fois, jusqu'à ce qu'on ait pratiqué dans la peau un trajet égal à celui que suivra le bistouri.

L'anesthésie est presque immédiate, après une ou deux minutes elle est complète. Il est inutile de se presser à opérer, car elle dure longtemps, une demi-heure n'est pas suffisante pour faire cesser cet effet analgésique.

Lorsqu'on incisera la peau, il faudra bien faire attention de suivre exactement la ligne anesthésiée, et ne pas la dépasser, car la bande analgésiée ne dépasse pas un demi-pouce de largeur.

Je n'ai parlé que d'analgésie cutanée, car d'ordinaire l'injection intradermique suffit, même quand l'incision doit dépasser la peau et porter sur le tissu cellulaire, les muscles et leurs aponévroses ; la cocaïne semble se diffuser dans les parties sous-jacentes, et porter son effet analgésique jusqu'aux os, mais pour rendre ces derniers insensibles, il faut injecter la cocaïne sous le périoste même. Ici la diffusion semble se faire plus rapidement, car quelques gouttes de la solution, injectées en un ou deux endroits sous le périoste même, suffisent ordinairement à insensibiliser une surface considérable de l'os s'il est volumineux et son entier s'il est petit, ainsi : les phalanges et tous les os courts en général.

L'action analgésique de la cocaïne par cette méthode d'application a lieu non seulement en tissu sain, mais tout aussi bien en tissu inflammé et je tiens à insister sur ce fait que plusieurs semblent mettre en doute : ainsi je n'ouvre jamais un abcès, un phlegmon ou un panaris autrement qu'à l'aide de la cocaïne, et mes malades et moi s'en trouvons parfaitement bien, mes malades parce qu'ils ne souffrent aucunement, et moi parce qu'ayant une analgésie de longue durée, j'ai tout le temps de faire mon ouvrage méthodiquement, ce que ne me permet aucun autre analgésique local.

J'ai eu occasion de m'ouvrir un abcès du dos de la main, suite d'une inoculation septique au cours d'un pansement. Seule l'introduction de la pointe de l'aiguille me causa une douleur d'ailleurs bien supportable, mais le reste de la manœuvre de l'injection et l'incision elle-même ne me causèrent pas la moindre douleur. Cependant je fis cette incision très lentement, craignant de dépasser la zone insensibilisée.

La sensation que l'on éprouve n'en est pas moins surprenante : l'on sent parfaitement passer l'instrument à travers les chairs, mais c'est exactement comme si l'on tranchait un morceau de peau entièrement mortifié, ou un morceau de cuir qui serait appliqué sur la peau elle-même.

Par cette méthode, en poussant le piston de la seringue au fur et à mesure que l'aiguille s'insinue dans le derme, si la pointe vient à rencontrer une veine, elle y verse la solution il est vrai : mais la veine est vite traversée, et la dose de oison est trop minime, pour que son absorption présente le moindre danger.

Dans certains tissus, la lèvre, la langue, la région anale, dans certains ngiomes, il faut redoubler d'attention, car il pourrait y avoir péril. A mes ébuts, j'ai eu dans un de ces cas un accident qui m'a causé une peur bleue. 'était pendant l'été de 1892 à l'hôpital Notre-Dame. J'opérais d'hémorroïdes ternes et externes un homme fortement constitué, ayant environ 35 ans. Je

me servais d'une prétendue solution à 1 o/o, je n'ai jamais su au juste si la préparation était parfaitement titrée, ni si le médicament était parfaitement pur.

Toujours est-il, qu'après avoir injecté profondément en allant et en revenant quatre grammes de solution, au pourtour de l'anus, immédiatement après avoir dilaté le sphyncter, au moment où je m'apprêtais à enlever au thermocautère quelques hémorroïdes trop grosses pour être abandonnées à elles-mêmes, voilà mon opéré pris subitement d'une angoisse épouvantable, accompagnée de sensation d'engourdissement dans tous les membres, puis la respiration devient embarrassée, et le pouls parti à toute vitesse commence à faiblir.

Aidé de mes assistants, je parviens après au moins 15 minutes d'un travail énergique à faire cesser tous ces symptômes si alarmants, et à tout faire rentrer dans l ordre. Frictions sur tout le corps, flagellations, injections, éther, verre de cognac, voire même électricité, tout fut employé.

Je m'empresse d'ajouter, que c'est là le seul accident qui me soit jamais arrivé.

Aussi depuis ce temps, lorsque j'opère dans les régions ou pour les affections que je viens de mentionner, j'agis avec la plus grande prudence, je vois à ce que mes solutions soient parfaitement bien préparées, et j'ai coutume d'enfoncer l'aiguille jusqu'au bout de sa course avant de laisser couler la cocaïne et je fais une injection rétrograde qui offre une plus grande sécurité : je retire l'aiguille en même temps que je presse le piston.

Les injections intra-dermiques suffisent toujours lorsqu'on opère superficiellement ; pour les lipomes, les kystes sébacés, les cancers du sein, les sarcomes, enfin pour toute tumeur superficielle, elles sont suffisantes. La peau, la partie la plus sensible, est totalement analgésiée, et l'effet de la cocaïne qui se porte vers les parties profondes est suffisante pour insensibiliser tissu cellulaire, muscles et aponévroses, qui sont d'ailleurs d'une sensibilité bien peu appréciable.

Certaines opérations toutefois réclament une technique spéciale. Ainsi voici quelque chose que je ne pratique jamais autrement qu'avec la cocaïne, je veux parler de la circoncision. Ici il faut insensibiliser non seulement la peau mais aussi le gland et la muqueuse préputiale.

Voici comment je procède : après avoir nettoyé antiseptiquement toute la verge que j'entoure de compresses stériles, je lave à l'aide d'une grosse seringue la muqueuse du gland et du prépuce ; si ce dernier peut se ramener en arrière, au lieu de me servir de la seringue, j'emploie des tampons trempés dans une solution de sublimé. Le tout étant parfaitement asséché, j'introduis entre le prépuce le bout mousse d'une seringue ; tirant un peu le prépuce, j'emplis cette cavité virtuelle d'une solution à deux pour cent. Je retiens la cocaïne pendant cinq à six minutes en tenant ferme l'ouverture préputiale. Je saisis ensuite le prépuce avec un clamp, exactement à l'endroit où je vais porter mon incision ; à l'aide d'une seringue hypodermique j'insensibilise par une traînée intra-dermique la peau dans la ligne où passera à l'instant le bistouri. Ces injections sont ici un peu difficiles étant donné le peu d'épaisseur du derme à cet endroit ; la mobilité de la partie ne me cause pas trop d'ennui, car le clamp retient suffisamment les tissus en place ; sans le déplacer j'incise le pr de bistouri que je passe

dans la fenêtre du clamp. J'enlève alors ce dernier. La peau se trouve du coup coupée exactement au bon endroit, mais, il me faut retailler la muqueuse, ce que je fais en deux coups de ciseaux, fixant mes lambeaux de muqueuse à l'aide d'une pince à dissection. Je suture alors la muqueuse à la peau avec un catgut, pourvu d'une aiguille à chacune de ses extrémités, à l'aide desquelles je couds en surjet, commençant par le milieu du sommet de la plaie et par le milieu des fils, dont les deux chefs vont se rejoindre et s'attacher l'un à l'autre, au bas de la plaie, sur le frein.

La muqueuse est sans contredit la partie la plus difficile à anesthésier, surtout lorsqu'elle est enflammée et ulcérée: elle est alors hypérésthésiée par l'inflammation, et les ulcérations s'opposent à l'absorption de la cocaïne.

Cependant dans ces cas, je préfère la cocaïne au chloroforme, car la douleur que le malade ressent est bien supportable.

Les hémorroïdes et la fissure à l'anus s'opèrent aussi d'une manière spéciale, dont la technique est la même pour les deux. D'abord il faut anesthésier la muqueuse et le sphyncter qu'on doit dilater. Pour cela on introduira dans l'anus un tampon d'ouate hydrophyle imbibé d'une solution à 5 pour cent, puis tout autour de l'orifice, on fera six injections de solution à un pour cent dans l'épaisseur du sphyncter : ces six injections en couronne nécessitent six piqûres distinctes, aussi ce premier temps de l'intervention est-il plus douloureux que dans celles où une seule piqûre traverse des tissus déjà anesthésiés. Il faut comme je l'ai déjà dit, faire des injections retrogrades, car la région est très vasculaire. Il faut ne pas injecter plus de six centigrammes, car ici nous avons des injections perdues, aucune incision ne viendra leur donner issu à l'extérieur.

Je n'opère jamais, dans ma clientèle privée du moins, de fistules anales autrement qu'à l'aide de la cocaïne. C'est dire que je m'en trouve bien.

Ici il faut commencer à anesthésier la muqueuse anale tel que décrit plus haut. J'introduis alors une sonde canelée dans la fistule elle-même, et je pratique une injection intra-dermique de cocaïne dans la peau située vis-à-vis la fistule, là où j'inciserai ; à part cette injection dermique, j'injecte aussi une seringue de cocaïne à un pour cent en plein tissu, entre la peau et la fistule, ayant bien soin de procéder par injection rétrograde. Je pousse alors la sonde canelée dont je sors l'autre bout à l'extérieur par l'anus, et je fends la fistule d'un coup de bitouri. Je termine l'opération en cautérisant au thermocautère les surfaces cruentées. Depuis quelque temps j'ai cependant changé de procédé : au lieu de cautériser au fer rouge, je dissèque entièrement la fistule, et je referme la plaie par des sutures profondes placées exactement comme pour la périnéoraphie chez la femme. J'emploie du catgut, car la soie et les crins de rence pénètrent dans les chairs, et on a toute les difficultés possibles à les ver quand la cicatrisation est obtenue. Inutile de dire que la cocaïne est llente pour les deux modes opératoires. Les amputations des doigts et des ils, des métacarpiens et des métatarsiens, les résections dans les orteils en eau, ou dans les ostéo-arthrites des orteils ou des doigts, ou dans les déforons métatarso phalangiennes du gros orteil se pratiquent très bien à la

cocaïne. Le fait est qu'à l'hôpital Notre-Dame, toutes ou presque toutes ces opérations se pratiquent exclusivement à la cocaïne.

Après avoir ici comme ailleurs, anesthésié la peau, selon la future ligne d'incision, il faut au point où l'on peut sectionner l'os pousser une injection entre ce dernier et le périoste ; l'amputation peut se faire sans douleur.

Cela serait intéressant de relever la quantité d'opérations de ce genre qui ont été pratiquées à l'hôpital Notre-Dame depuis quatre ans ; chacun sait le nombre de ces accidents que nous avons à traiter. Certainement que la cocaïne nous est dans ces cas d'un secours inappréciable.

Dans certaines opérations telles que la cure radicale des hernies, de l'hydrocèlle, la castration, le chirurgien rencontre des parties très sensibles qu'il faut cocaïniser elles-mêmes. Ainsi, la vaginale a besoin d'être analgésiée ; pour cela, une fois qu'elle est vidée par une légère ponction, il suffit de vider dans la cavité elle-même deux grammes environ d'une solution à deux pour cent. On peut alors, après quelques instants, la réséquer sans douleur.

Le cordon, au cours de la castration, demande aussi de la cocaïne. Une ou deux seringues, solution à un pour cent, injectées au pourtour de l'endroit où portera la section, suffisent.

Dans la cure radicale de la hernie, l'anneau et le sac ont aussi besoin d'être anesthésiés spécialement.

Pour la pleurotomie, avec ou sans costotomie et même pour la pneumotomie, la cocaïne est d'un immense secours. Ici, pas de technique spéciale, mais chacun comprendra tout l'avantage dans ces cas de ne pas donner le chloroforme à des poumons pouvant à peine suffire à l'existence si misérable de ceux auxquels s'adressent ces interventions.

Je devrais peut être multiplier les exemples, et vous donner le manuel opératoire de toutes les interventions qui se pratiquent avantageusement à la cocaïne ? mais l'epérateur un peu habitué au maniement de cet alcoloïde saura vite conformer son mode opératoire aux différentes indications qu'il rencontrera au cours des interventions où il s'en servira. Il me faudra d'ailleurs quelque peu revenir sur ce point au cours de la seconde partie de cet article, où je traiterai des indications et des dangers de la cocaïne.

Montréal, 14 décembre 1896.

(*A continuer.*)

JEHIN PRUME.—Traitement des affections infectieuses du globe oculaire par les injections sous-conjonctivales de sublimé, par Jehin PRUME, M. D.

MALBEC.—**Consultations et Ordonnances Médicales.**—Formulaire méthodique et thérapeutique, par le Dr Armand Malbec.—2me édition.—Octavo, 269 pages, 1897. A. Maloine, éditeur, 21 Place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

LE SECOND CONGRÈS MÉDICAL

PAN AMÉRICAIN.

Mexico, 16, 17, 18, 19 novembre 1896.

COMPTE-RENDU.

Nos lecteurs nous pardonneront si nous négligeons ce mois-ci la revue des journaux étrangers pour nous occuper plus spécialement du congrès qui vient d'avoir lieu à Mexico. Ce n'est pas souvent qu'il nous est donné de voir quatre cent cinquante médecins distingués de l'Amérique du Nord, de l'Amérique Centrale et de l'Amérique du Sud réunis dans la capitale de l'un des pays les plus pittoresques au monde, à seule fin d'échanger leurs idées sur les sujets médicaux à l'ordre du jour. En outre de l'intérêt scientifique que ce congrès peut offrir, l'hospitalité si cordiale et si sincère qu'on nous a prodiguée dans la République du Mexique nous a été trop agréable pour que nous ne saisissions pas avec empressement l'occasion d'en parler. D'ailleurs il suffira de parcourir le résumé succinct que nous allons donner pour se convaincre que nos amis mexicains savent très bien faire les choses, et que le second congrès Pan-Américain a été, à tous les points de vue, un grand succès.

Nous donnons d'abord le compte-rendu général, que nous ferons suivre de l'analyse d'un certain nombre de travaux présentés dans les sections de médecine et de chirurgie.

Lundi, 16 novembre.

De 9 heures à midi.—Séance des sections à l'Ecole Nationale des Mines, calle de San Andrès.

De midi à 1.30 h.—Visite au musée d'anatomie pathologique, Ecole Nationale de Médecine, Plaza de San Domingo. Ce musée, fondé au commencement de 1895 par le Dr Lavista, après autorisation du Secrétaire de l'Intérieur, renferme aujourd'hui plus de 600 pièces anatomiques et reçoit une allocation annuelle de $18,000 de la part du gouvernement. Il comprend trois départements : 1o Anatomie pathologique ; 2o Bactériologie ; 3o Chimie biologique. Ce musée est en même temps un laboratoire auquel les médecins ont accès, et l'on y poursuit constamment des recherches sur les trois branches mentionnées plus haut. Le tout est consigné dans des registres spéciaux. Ces recherches ont prouvé : que la tuberculose est plus fréquente qu'on ne croit au Mexique, que les cas de cysticerques du cerveau n'y sont pas rares, qu'il existe des maladies ulcéreuses de l'intestin dont on ne trouve pas la description dans les auteurs classiques, que l'on trouve quelquefois des amibes dans les abcès du foie. On a avant longtemps de l'établissement un institut pathologique.

De 3 heures à 5.—Séance des sections.

A 8 heures du soir.—Séance solennelle d'ouverture au Théâtre National. Une escouade de cavalerie garde les abords du théâtre, des soldats font la haie dans le vestibule. Toute la société de Mexico remplit la salle. Les six galleries qui entourent le parquet sont couvertes de fleurs naturelles, de drapeaux, de verdure et de lumières électriques. La scène représente un temple aztecque, avec des idoles et le fameux calendrier de pierre. Le général Diaz, président de la république,

est sur un trône entouré de tous ses ministres. Les délégués officiels au Congrès sont assis sur les deux côtés de la scène. Orchestre, chœur des élèves du conservatoire, etc...

Le président Diaz fait son discours de bienvenue en espagnol. Il rappelle que le peuple mexicain et les citoyens de Mexico sont heureux d'avoir au milieu d'eux un si grand nombre d'hommes instruits, qui se réunissent pour faire progresser une science dont l'humanité a un très grand besoin. Son gouvernement n'a pas hésité à venir en aide aux membres du congrès, car il considère que des assemblées de ce genre sont à l'avantage de tout le monde. Il remercie le Congrès d'avoir choisi Mexico pour lieu de réunion. Il espère que cette réunion aura pour effet d'établir des relations agréables entre les médecins du Nouveau-Monde. Il termine en souhaitant aux membres de conserver de Mexico un souvenir aussi agréable que celui qu'ils laisseront derrière eux.

Le chœur du conservatoire, accompagné par l'orchestre, chante l'hymne national mexicain, pendant que tout le monde est debout. Puis le Dr Licéaga, secrétaire général, fait son rapport. Il rappelle que le premier congrès des médecins de cet hémisphère s'est réuni à Washington en 1893. Il fait l'éloge des deux principaux fondateurs, le Dr Pepper, de Philadelphie, et le Dr Reed, de Cincinnati. Puis il raconte l'organisation du présent congrès à Mexico, après que cet ville eut été choisie pour prochain lieu de réunion par le congrès de Washington. Le congrès médical mexicain, réuni à San Luis Potosi en 1894, nomme un comité d'organisation qui s'assure bientôt le concours du président de la république. Ce comité est composé du Dr Manuel Carmona y Valle, président, du Dr Rafael Lavista, vice-président, du Dr Eduardo Licéaga, secrétaire, et du professeur Francisco Bustillos, trésorier. Aidé du gouvernement et du comité international, le comité d'organisation obtient la coopération des autorités fédérales et municipales, du gouverneur de Mexico, des membres du bureau de Drainage de la Vallée, du Jockey Club, et il se voit bientôt en état, l'organisation terminée, de lancer ses invitations par l'entremise du gouvernement de la république mexicaine.

Le secrétaire général décrit alors l'état actuel du congrès. Les pays suivants ont envoyé des délégués : Puissance du Canada, Etats-Unis d'Amérique, Guatemala, Nicaragua, San Salvador, Honduras, Costa Rica, République Argentine, Vénézuéla, Equateur, Uruguay, Cuba, Haïti. Un grand nombre d'Etats et de Société médicales, aux Etats-Unis et au Mexique, ont aussi envoyé des représentants.

La liste des membres du congrès comprend les noms de 550 médecins ; 294 travaux ont été promis.

Le Dr Licéaga termine son rapport par des souhaits de bienvenue et des vœux de succès.

Après un morceau exécuté par l'orchestre, le président du congrès, le Dr Carmona y Valle, donne l'histoire de l'Ecole Nationale de Médecine, qui n'est autre que l'histoire de la science médicale au Mexique. La première université fut fondée par les espagnols en 1551. La première chaire de médecine fut établie en 1578, mais l'enseignement de la médecine ne fut réellement organisé qu'au milieu du 17e siècle. En 1768, fondation du Collège Royal des Chirurgiens. En 1821, après l'indépendance du Mexique, l'université continue d'exister, et le Collège Royal devient l'Ecole Nationale de Chirurgie. En 1833, l'Université est abolie et remplacée par un Bureau d'Education qui crée une Ecole de Médecine : c'est le germe de l'école actuelle.

Le président termine son discours par quelques considérations générales sur la bactériologie.

M. José Maria Gamboa prononce un discours sur les liens qui unissent la médecine à la loi, le Dr Pepper cause quelque temps, d'une manière générale, sur la médecine et le congrès, que le président Diaz déclare ensuite officiellement ouvert.

Mardi, 17 novembre.

De 9 *à* 11 *heures.*—Séances des sections. Il y a dans chaque section un interprète chargé de traduire l'espagnol en anglais, et l'anglais en espagnol. La différence de langage rend les discussions très lentes et enlève aux séances beaucoup d'intérêt.

De 11 *heures à* 1 *heure.*– Visite aux nouveaux abattoirs de la ville. Ces abattoirs, qui n'ont pas encore été inaugurés, sont situés dans le plaine de Mexico, à une assez grande distance de la ville ; des chars spéciaux nous y conduisent. Ces abattoirs sont très grands ; deux divisions principales : celle des bœufs, celle des moutons et des porcs. Les animaux sont amenés dans des parcs loués à des particuliers ; les barrières qui donnent sur les allées s'ouvrent à volonté à droite ou à gauche. Quand on veut abattre les bêtes, on les amène dans un étroit couloir au bout duquel un individu, placé au-dessus d'eux, leur coupe la carotide. On les suspend aussitôt à un crochet mécanique qui les fait circuler au dessus d'une rigole et vient les aligner dans une grande salle spéciale. On les dépèce le long de la route. Les planchers sont en ciment, les cloisons en fer à très peu de bois. On ne voit pas de plus beaux abattoirs ailleurs, pas même à Chicago

Près de la cour aux bestiaux se trouve l'incinérateur électrique, chargé de réduire en cendres les déchets de la ville. Ces constructions ont coûté au gouvernement fédéral plusieurs centaines de milliers de piastres.

On nous sert le lunch aux abattoirs mêmes.

De 3 *à* 5 *heures.*— Séances des sections.

A 5 *heures.*—Visite au Bureau du Conseil Suprême de Santé, Plaza de San Domingo. Ce conseil se compose de onze membres : 5 médecins, le directeur de l'hôpital militaire, le professeur d'hygiène à l'Ecole Nationale de Médecine, 1 médecin vétérinaire, 1 pharmacien, 1 avocat et 1 ingénieur. Ils ont sous leurs ordres immédiats : 8 inspecteurs médicaux de quartiers, 4 inspecteurs médicaux de districts, 4 analystes-chimistes pour l'inspection de la nourriture et des boissons; 1 assistant au laboratoire bactériologique ; 1 préposé à la vaccine et 2 médecins auxiliaires ; 4 agents vaccinateurs ; 1 chef de service de désinfection.

Le Conseil Suprême de Santé a en outre : un inspecteur à Tepic, un autre au port de La Paz, et est à part cela représenté dans 9 ports du golfe du Mexique et 11 ports situés sur la côte du Pacifique. Trois inspecteurs vétérinaires, placés à Juarez, Porfirio Diaz et Larédo, surveillent la frontière nord.

Les navires qui arrêtent dans les ports mexicains sont soumis à une surveillance étroite par un comité spécial. Ce comité fait un rapport annuel au Département de l'Intérieur et est de plus chargé de l'hygiène internationale.

Les inspecteurs sanitaires des différents quartiers de la ville de Mexico font rapport à un comité spécial de l'état dans lequel ils ont trouvé les maisons visitées. Si cet état laisse à désirer, le comité ordonne au propriétaire de faire les réparations voulues dans un laps de temps déterminé. Tant que le propriétaire n'a pas obéi aux ordres du comité, il est sujet à des époques déterminées d'avance à des amendes de plus en plus fortes. Le comité agit aussi d'après les plaintes des locataires.

Il y a aussi des inspecteurs chargés de visiter les pharmacies à époques régulières. Le comité de la nourriture peut se faire remettre, à n'importe quelle époque, un échantillon d'une préparation quelconque, qu'il fait ensuite analyser.

Il y a en tout 23 comités dans le Conseil Suprême de Santé. Nous avons ı, dans un laboratoire, des lapins auxquels on avait inoculé la rage, et qui seront à immuniser des patients, suivant la méthode de Pasteur.

A 8 *heures du soir.*—Session générale intermédiaire à la Chambre des putés. Discours du Dr Juan Santos Fernandez, de la Havane, Cuba, sur le ème : " La fièvre jaune est le grand obstacle que rencontre la civilisation dans ımérique espagnole." L'auteur prétend que la présence de la fièvere jaune a ıpêché l'immigration européenne ou nord-américaine de venir tirer partie des

ressources de l'Amérique espagnole. et que cela a nui considérablement au progrès de ce pays. L'on est à la veille de trouver, à Cuba, dit l'auteur, à l'aide des découvertes récentes en bactériologie, l'immunité contre la fièvre jaune, et son traitement spécifique. Mais il ne faut pas pour cela négliger les mesures d'hygiène, et surtout l'isolement. L'orateur termine en attirant l'attention des membres du congrès sur les communications qui leur seront faites au sujet de la fièvre jaune par des membres du laboratoire de bactériologie de la Havane.

Le Dr E. P. Lachapelle, délégué du gouvernement du Canada, fait ensuite, en français, son discours sur "l'Hygiène, la bactériologie et la médecine," discours que nous avons publié au mois de décembre dernier. Ce discours est très goûté par les médecins mexicains et cubains, qui comprennent presque tous le français.

Le Dr Walter Wyman, chef du service de la marine aux Etats-Unis, parle ensuite longuement de l'efficacité des quarantaines organisées dans son pays, et met en doute l'efficacité des quarantaines du Mexique, du moins pour ce qui s'agit de la prévention de la fièvre jaune. Cette attaque a paru injuste à la plupart des délégués du congrès, car chacun sait que les quarantaines du golfe du Mexique sont établies sur un très bon pied.

Le Dr Lavista termine la séance par un discours en espagnol sur la thérapeutique.

Cette séance était présidée par Signor Joaquin Baranda, ministre de la Justice et de l'Education, ayant à sa droite le Dr Carmona y Valle, et à sa gauche le Dr Pepper.

Le Dr Reed annonce que le Comité International s'assemblera le lendemain à dix heures.

Mercredi, 18 novembre.

A 7.30 heures du matin. Visite à l'hôpital général, dans la plaine de Mexico.

De 9 heures à midi. et de 3 à 4 heures. Séances des sections

A 10 heures. Réunion du comité international.

A 4 heures. Visite au nouveau pénitencier.

A 8 heures. Bal à l'hôtel de ville. Les salles, les corridors et les escaliers sont décorés de haut en bas de fleurs naturelles et de verdure, musique dans les salons, buffet splendide, feu d'artifice sur la place de la Constitution, illumination de la Cathédrale et de l'Avenue de San Francisco. Toute la société de Mexico est présente ; 1500 personnes invitées. Le souper est servi dans une grotte artificielle qu'on a construite dans la cour intérieure et qui est brillamment illuminée. C'est une imitation de la fameuse grotte de Cacahuamilpa ; elle a coûté $2,000 au comité. Ce bal est féerique.

Durant la soirée, Signor Sebastian Camacho, maire de la ville, fait un discours de bienvenue.

Jeudi, 19 novembre.

De 9 heures à midi. Séance des Sections.

A 3 heures. Réception au château de Chapultepec, par le président de la République et madame Diaz. Des terrasses du château, la vue embrasse toute la plaine et les montagnes qui l'entourent. L'on peut aussi juger du panorama de Mexico. Musique militaire sur la terrasse ; orchestre dans le jardin suspendu, sur le toit. Décorations en fleurs naturelles partout. Table du buffet près du jardin. Tous les membres du Congrès sont présentés au général et à madame Diaz. Cette réception était simplement grandiose.

A 8 heures du soir. Séance de clôture à la Chambre des Députés.

Le trésorier présente d'abord son rapport. Les contributions se sont élevées à la somme de $2,200. Le prochain congrès aura lieu dans la semaine de Noël, à Caracas, capitale du Venezuela, en 1899.

Tous les délégués officiels font ensuite leur discours d'adieu. Voici les noms des orateurs : prof. Parfirio Parra (Mexico), Dr E. P. Lachapelle (Canada), Dr Ricardo Gutierrez Lee (Colombie), Dr Kalnek (Costa Rica), Dr Coranado (Cuba), Dr Lavista (Equateur), Dr Reed (Etats-Unis), Dr Joaquin Yéla (Guatemala), Dr Louis H. Debayle (Nicaragua), Dr Lavista (Pérou), Dr Acosta Artiz (Venezuela), Dr Grégorio Mendizabal.

Le ministre Baranda déclare ensuite le congrès clos.

Nous reproduisons ici le discours que le Dr Lachapelle a prononcé en français au nom du Canada.

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs,

" Plus que jamais, je regrette, en montant à cette tribune, de ne pouvoir parler la belle langue de la majorité de l'auditoire aussi distingué que nombreux que j'ai devant moi. Né dans la province française du pays que j'ai l'honneur de représenter, je ne compte que sur ma langue maternelle pour bien exprimer les sentiments que j'ai dans le cœur, et je m'en remets, pour le reste, à votre bienveillance reconnue.

La fondation du Congrès Médical Pan-Américain a été une inspiration heureuse, et ses fondateurs peuvent aujourd'hui regarder avec orgueil leur œuvre. Et, c'est là une nouvelle preuve du progrès de la science, dont les différentes branches se viennent mutuellement en aide, et contribuent, chacune de leur côté, à l'avancement général. L'électricité et la vapeur ont fait disparaître les distances et les frontières et, par le fait même, les écoles ont disparu à leur tour. Il n'y a plus d'école anglaise, il n'y a plus d'école française, il n'y plus d'école allemande, il n'y a qu'une seule et unique école : l'Ecole universelle.

L'Amérique occupe un espace trop important dans l'univers, pour ne pas prendre sa place dans cette école. Mais, pour l'occuper d'une manière avantageuse, il lui faut réunir ses forces et faire que chacun échange ses connaissances et ses idées. Nous avons des maîtres, des chercheurs ; il faut qu'ils se rencontrent, qu'ils se connaissent. Le moyen, le seul, c'est le Congrès.

Si quelqu'un, jusqu'à aujourd'hui, malgré le succès de la première réunion à Washington, entretenait des doutes sur la vitalité de cette organisation panaméricaine, le grand succès du congrès de Mexico doit suffire pour dissiper tous les doutes, toutes les inquiétudes. Ce congrès a été un succès par le nombre des délégués et des membres inscrits, par le nombre et la valeur des travaux ; ce succès s'est encore affirmé par l'assiduité et l'intérêt avec lesquels les membres ont suivi les délibérations. Mais, ce qui n'a pas peu contribué à l'établir, ce sont les observations faites sur place, dans cette ville même de Mexico, observations qui ont mis en évidence le progrès qui se trouve dans toutes les institutions visitées : hôpitaux, hospices, école de médecine, musées, laboratoires, écoles des arts et des sciences, institutions municipales, travaux de drainage et d'assainissement, etc. Partout, c'est le progrès médical ; partout, c'est le progrès de hygiène.

En ma qualité de délégué officiel du Canada, il me reste à m'acquitter du voir le plus agréable ; celui de la reconnaissance. Depuis que nous avons mis pied sur le sol de votre beau pays, nous avons été l'objet des attentions les us délicates, entourés des soins de l'hospitalité la plus cordiale. Vous nous vez fait oublier, pour quelques jours, l'éloignement du pays et de la famille. ous nous sommes sentis au milieu d'amis et de véritables frères qui, non con-

tents de nous prodiguer les soins de l'hospitalité la plus cordiale, nous ont encore donné les fêtes les plus grandioses, réellement dignes de Mexico, le véritable Paris de l'Amérique du Nord.

Je suis heureux, en cette circonstance, d'être l'interprête du gouvernement du Canada et de tous mes collègues canadiens, pour exprimer mes sentiments de gratitude sincère aux plus hautes autorités constitutionnelles du pays, aux autorités municipales, aux autorités médicales, aux membres du comité d'organisation du congrès et à tous les citoyens de la belle ville de Mexico, qui ont bien voulu rivaliser de zèle, de dévouement et d'empressement, pour rendre notre séjour ici aussi agréable, aussi intéressant et aussi utile que possible

Vos bonnes attentions nous ont été au cœur. C'est à tel point, que nous voyons avec regret arriver la fin des travaux du congrès et le moment de nous éloigner d'amis aussi sincères et aussi dévoués. Ces regrets ne sont tempérés que par l'espoir, qu'emporte chacun de nous, de pouvoir bientôt revenir à Mexico, jouir de votre aimable hospitalité et faire revivre les bons souvenirs d'amitié et de confraternité que nous emporterons de notre séjour ici."

Vendredi, 20 novembre.

La journée entière fut consacrée à la visite du canal de drainage de la vallée de Mexico. Mexico est situé dans la partie la plus basse d'une vallée entourée de montagnes assez élevées, et tout près d'un grand lac (Texcoco) qui est au même niveau que la ville. D'autres lacs plus éloignés sont situés à 8 ou 10 pieds plus haut, de sorte que pendant la saison des pluies, toute l'eau se réunit dans ces lacs, qui débordent dans le Texcoco, et la ville est assez souvent innondée. On a essayé, de tout temps, à contrôler ces débordements, sans y réussir d'une manière suffisante. Les espagnols avaient endigué les lacs Xaltocan et San Cristobal, et fait creuser à mains d'hommes l'immense tranché de Nochistongo, que l'on aperçoit le long du chemin de fer Mexicain Central, en approchant de la ville, et qui sert à détourner les eaux de la rivière Cuautitlan. Ces tentatives avaient diminué le danger sans l'enrayer complètement. A plusieurs reprises, on avait essayé de terminer l'entreprise, en s'appuyant sur les données de l'ingénieur espagnol Mendez, ou de l'ingénieur américain Smith, mais sans succès. Il était réservé au directeur actuel des travaux, Don Luis Espinosa, de terminer cette vaste entreprise, après des délais nombreux et de fréquentes interruptions des travaux. Ce n'est qu'en 1885, lorsque le président de la république, le général Porfirio Diaz, eut nommé une commission spéciale avec pleins pouvoirs d'organisation, que l'exécution du plan modifié par Don Luis Espinosa put être poussée avec activité. Le conseil de ville de Mexico mit alors à la disposition de la commission une somme annuelle de $400,000, et deux ans, après, la commission contracta à Londres un emprunt de $10,000,000 qui a servi jusqu'à aujourd'hui, avec certaines taxes spéciales imposées par le gouvernement fédéral, à payer les frais des travaux.

Le drainage de la ville et de la vallée de Mexico est une entreprise gigantesque. Le canal principal, long de 28 milles, part de la ville, longe le lac Texcoco, traverse le lac San Cristobal et le lac Xaltocan, et arrive au bout de la plaine, près de la ville de Zumpango, à l'entrée du tunnel. Etant donnée une ligne horizontale, le canal est à 2 mètres 25 audessus au point de départ, et à 9 mètres 20 audessous au point de terminaison. La profondeur est de 5 mètres 50 au commencement et atteint bientôt 20 mètres 50. Le fond a 6 mètres 50 de large ; les bords ont une inclinaison de 45 degrés.

Ce canal se termine par un tunnel de 6 milles de long qui passe sous la montagne et s'ouvre dans le ravin d'Acatlan, d'où l'eau descendra ensuite jusqu'au golfe du Mexique. Ce tunnel, qui commence au bout du canal à 9 mètres 20 audessous de la ligne, finit l'autre côté à 17 mètres 53 audessous. Le sommet du tunnel est en briques, le fond en ciment de Portland. Tout le long de ce tunnel, 24 prises d'air montent jusqu'au sommet de la montagne.

Le canal, parcourant toute la plaine de Mexico, sera traversé par cinq aqueducs, quatre ponts de chemin de fer et 14 ponts de grande route.

Le canal et le tunnel sont maintenant terminés.

A part cela, pour empêcher les lacs Xachimilco et Chalco de se déverser dans le lac Texcoco, on les a canalisés, et l'on pourra utiliser l'eau, à l'aide d'une pompe à forte pression, pour laver les canaux de la ville.

Il ne reste plus maintenant qu'à renouveler la canalisation de la ville même de Mexico pour compléter définitivement cette merveilleuse entreprise, digne de l'état de civilisation et de l'esprit progressif de la république Mexicaine, qui est en train de prendre sa place au premier rang dans les nations modernes.

Cet immense ouvrage n'a pas encore été inauguré, mais on a tout lieu de croire que ce sera un succès complet. Déjà, par filtration, les lacs Xaltocan, San Cristobal et Zumpango sont desséchés et livrés à la culture. Deux ou trois pieds d'eau coulent constamment dans le canal. Durant la saison des pluies, on pourra, en ouvrant une digue, y déverser le surplus du lac Texcoco. Enfin le contenu des canaux de la ville, quand on les aura construits, sera entraîné constamment par une certaine quantité d'eau empruntée au canal la Viga. On pourra aussi, à volonté, en 24 heures, les laver complètement à forte pression, et l'on n'aura pour cela besoin que de vingt hommes. Inutile d'ajouter que l'on a pris toutes les précautions voulues pour éviter les culs de sacs et bien ventiler ces canaux, qui font partie d'un système hygiénique admirablement bien compris. (1)

Nous ajoutons à ce compte-rendu la liste des membres qui composent le comité exécutif international du congrès Pan-Américain.

CANADA.—Dr F. Montizambert..... Québec.
ETATS-UNIS.—Dr A. Vander Veer..... Albany, N.-Y.
MEXIQUE.—Dr Tomas Noriega..... Mexico.
GUATEMALA.—Dr Juan Padilla..... Guatemala.
HONDURAS.—Dr George Bernhardt..... Tegucigalpa.
SALVADOR.—Dr David Guzman..... San Salvador.
NICARAGUA.—Dr J. Y. Urtecho..... Granada.
COSTA-RICA.—Dr Juan J. Ulloa..... San José.
INDES ESPAGNOLES.—Dr Jean S. Fernandez..... La Havane.
HAITI—Dr V. G. Gilles..... Port au Prince.
ST. DOMINGUE.—Dr Julio Léon..... St. Domingue.
INDES ANGLAISES.—Dr James A. de Wolff..... Trinidad.
HAWAI.—Dr John A. McGrew..... Honolulu.
COLOMBIE.—Dr Alfredo Garcès..... Popayan del Cauca.
VENEZUELA.—Dr F. A. Risquez..... Caracas.
BRÉSIL.—Dr Carlos Costa..... Rio de Janeïro.
EQUATEUR.—Dr Ricardo Cucalon..... Guayaquil.
Pérou.—Dr Manuel A. Nunez..... Lima.
BOLIVIE.—Dr Emilio di Tomassi..... La Paz.
CHILI.—Dr Moïsés Amaral..... Santiago.
RÉPUBLIQUE ARGENTINE. Dr Pedro Lagleyse..... Buenos Ayres.
URUGUAY.—Dr Jacinto de Leon..... Montévidéo.

Chaque membre du comité international fournit au comité d'organisation les oms des médecins qui seront nommés vice-présidents et secrétaires des diffé-entes sections. Le membre qui représente le pays où la réunion doit avoir lieu ccupe avec les autorités médicales de ce pays de la formation du comité d'or-nisation. Les membres du comité international sont aussi chargés de nommer s comités auxilliaires.

---

(1) Nous n'avons malheureusement pas pu nous procurer les photographies des travaux : nous le regrettons sincèrement pour nos lecteurs.

Voici maintenant la liste des médecins canadiens nommés par le gouvernement du Canada à des positions honoraires dans les différentes sections du Congrès.

Délégué officiel—Dr E. P. Lachapelle, Montréal.

Section de médecine générale.

Présidents honoraires.—Drs James Stewart, Montréal, P. Wright, Ottawa, John Caven, Toronto.
Secrétaires honoraires.—Drs L. D. Mignault, Montréal, Moorehouse, London, J. L. Davidson, Toronto.

Section de chirurgie générale.

Présidents honoraires.—Sir William Hingston, Montréal, Edward Farrell, Halifax.
Secrétaires honoraires.—Drs J. A. C. Brunelle, Montréal, Cassidy, Toronto.

Section de chirurgie militaire, navale et des chemins de fer.

Présidents honoraires.—Drs T. G. Roddick, Montréal, Strange, Ottawa.
Secrétaire honoraire.—Dr Colin Sewel, Québec.

Section d'obstétrique, de gynécologie et de chirurgie abdominale.

Présidents honoraires.—Drs W. Gardner, Montréal, J. F. W. Ross, Toronto.
Secrétaires honoraires.—Drs Adam Wright, Toronto, Grondin, Québec.

Section d'anatomie et de physiologie.

Présidents honoraires.—Drs A. B. McCallum, Toronto, Wesley Mills, Montréal
Secrétaires honoraires.—Drs J. B. A. Lamarche, Montréal, Sheard, Toronto.

Section des maladies des enfants.

Président honoraire.—Dr J. A. Cameron, Montréal.
Secrétaire honoraire.—Dr Blackader, Montréal.

Section d'ophthalmologie.

Présidents honoraires.—Drs Burnham, Toronto, Buller, Montréal, Kirkpatrick, Halifax.
Secrétaire honoraire.—Dr A. A. Foucher, Montréal.

Section de laryngologie, de rhinologie et d'otologie.

Présidents honoraires.—Drs Chrétien Zaugg, Montréal, Stephen Dodge, Halifax.
Secrétaires honoraires.—Drs Birkett, Montréal, T. C. Cornill, Toronto.

Section de dermatologie et syphiligraphie.

Présidents honoraires.—Drs D. Marcil, St-Eustache, T. E. Graham, Toronto, et A. A. Browne, Montréal.
Secrétaire honoraire.—Dr E. P. Benoit, Montréal.

Section d'hygiène générale et de démographie.

Présidents honoraires.—Drs F. Montizambert, Québec, W. Bayard. St-Jean N.-B.

Secrétaires honoraires.—Drs P. H. Bryce, Toronto, James Paterson, Winnipeg, Davie, Victoria, B. C.

Section des maladies mentales et nerveuses et de jurisprudence médicale

Présidents honoraires.—Drs A. Vallée, Québec, Workman, Toronto.

Secrétaires honoraires.—Drs Stephen Lett, Québec, Burgess, Montréal.

Section de chirurgie dentaire.

Présidents honoraires.—Drs McAviny, St-Jean, N. B. Beers, Montréal, Wilnot, Toronto.

Secrétaires honoraires. — Drs Arthur Lemieux, Montréal, Luke Lesky, Toronto.

Section de pédagogie médicale.

Présidents honoraires.—Drs Shepherd, Montréal, C. E. Lemieux, Québec, Geikie, Toronto.

Secrétaires honoraires.—Drs Adami, Montréal, A. P. Reid, Halifax.

RÉSUMÉ DES TRAVAUX.

Section de médecine générale.

A. MALADIES INFECTIEUSES.

ROLE DES AGENTS PHYSIQUES DANS LES MALADIES INFECTIEUSES, Dr Monjaras (Mexique).—L'influence des agents physiques a été reconnue de tout temps et plus spécialement étudiée à l'aide des découvertes récentes. L'influence de ces agents sur le développement des épidémies est encore plus grand que celle de l'état individuel et des conditions hygiéniques. Cela vient surtout de ce que leur action se fait sentir au même moment sur tous les habitants d'une ville ou d'un pays. Cette influence peut être heureuse, endurcir l'individu et empêcher la maladie de devenir épidémique. On pourrait, à l'aide de la science, obliger les agents physiques à immuniser les populations contre les maladies infectieuses et même à détruire l'influence pathogène des germes. Le médecin a en eux d'excellents moyens thérapeutiques. C'est aux corps scientifiques, aux gouvernements et aux nations même de s'intéresser davantage à l'action des agents physiques, et d'en faire des remèdes prompts et efficaces contre la mauvaise hygiène des populations et des peuples.

Coqueluche.

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE AU MOYEN DE L'ASAPROL, Dr Moncorvo (Brésil).—Les recherches de l'auteur l'ont amené à conclure que le sublimé, la résorcine, l'acide citrique et le naphtol sont les seuls

agents antiseptiques capables d'arrêter le développement de la coqueluche. Le premier de ces médicaments est dangereux dans son emploi. La résorcine et l'acide citrique, en applications locales dans la glotte, donnent des succès nombreux. L'asaprol, produit soluble du naphtol *b* est l'un des moyens les plus efficaces pour combattre localement la coqueluche.

Erysipèle.

LA SÉROTHÉRAPIE DANS L'ÉRYSIPÈLE, Drs Rijo et Calvo (Cuba).—Les auteurs, qui sont attachés au Laboratoire bactériologique de la Havane, ont été les premiers à employer le sérum antistreptococcique préparé par les Drs Davalo et Acosta dans un cas d'érysipèle phlycténulaire. La quantité de sérum employée fut de 60 c.c. Les phlyctènes se rompirent et se dessèchèrent en 24 heures, et le malade guérit en deux jours.

Fièvre Jaune.

L'URINE DANS LA FIÈVRE JAUNE, Drs Acosta et Davalos (Cuba).—Depuis les découvertes de Pasteur et la fondation en 1887 d'un Laboratoire bactériologique à la Havane, on a fait de nombreuses expériences sur les maladies infectieuses, et plus spécialement sur la fièvre jaune. Les auteurs étudient en ce moment l'urine des malades atteints de cette maladie, au point de vue de son pouvoir toxique. Après plus de 100 expérimentations sur des lapins, ils peuvent aujourd'hui conclure :

1° Que l'urine des patients atteints de fièvre jaune contient des produits toxiques éliminés par l'organisme malade, et qui proviennent suivant toute probabilité de l'agent qui cause la maladie.

2° Que le pouvoir toxique des urines révèle l'état actuel du malade, en ce sens que le pouvoir toxique est en sens inverse de la gravité de la maladie. C'est-à-dire que le patient va mieux lorsque les toxines s'éliminent bien par l'urine, et qu'au contraire une urine peu toxique indique une maladie grave.

3° Que l'urée n'a rien à faire avec les prognostic de la fièvre jaune. Les travaux des auteurs sur la maladie ont en cela confirmé ceux de Bouchard sur les autres infections. D'après les analyses faites par les Drs Acosta et Davalos, il arrive que des cas graves éliminent une grande quantité d'urée, pendant que d'autres beaucoup plus bénins accumulent ce principe dans leur organisme. Des lapins auxquels on a injecté dans les veines de l'urine chargée d'urée mettent plus de temps à mourir que d'autres auxquels on a injecté de l'urine contenant très peu d'urée.

Les patients atteints de fièvre jaune meurent empoisonnés par les toxines du germe qui cause la maladie, et *jamais par urémie.*

CARACTÈRES BIOLOGIQUES DU SANG DANS LA FIEVRE JAUNE, Dr Coronado (Cuba).—Profitant de la dissémination dans toute l'île de Cuba de la fièvre jaune, par suite du débarquement dans l'île de 150,000 hommes non accoutumés au climat du pays et obligés de se transporter fréquemment d'un point à un autre, l'auteur a étudié d'une manière spéciale le sang des personnes atteintes de la maladie. Le sang, recueilli après désinfection de la peau dans une ampoule de verre stérilisé que l'on fermait ensuite à la lampe, était examiné au microscope, puis coloré à l'éosine et au bleu de méthylène. L'auteur a trouvé que le sang des malades, recueilli au début de la maladie, quelques heures avant la mort ou pendant la convalescence, demeure toujours normal. Les globules rouges et blancs sont augmentés, et ces derniers conservent toute leur activité phagocytaire.

Les cubains, comme les européens, sont atteints par la maladie quand ils n'ont pas été immunisés par une précédente attaque.

LA FIÈVRE JAUNE ET L'IMPALUDISME, Dr CORONADO (Cuba),—L'auteur fait remarquer qu'il est possible, par l'examen du sang, de faire le diagnostic différentiel au début, entre l'impaludisme (hématozoaires de Lavéran), la fièvre typhoïde (séro diagnostic) et la fièvre jaune. C'est aussi à l'aide du même moyen d'étude que l'auteur a trouvé que ces trois maladies peuvent se combiner deux par deux chez le même individu, et qu'elles coexistent quelquefois alors que les symptômes cliniques ne les révèlent pas toutes les deux. Un malade paludéen peut contracter la fièvre jaune, d'une manière légère ou grave, et *vice versa*. De même un paludéen peut contracter la fièvre typhoïde, ce qui donne un type clinique appelé typhus paludéen qui n'est en réalité que l'association de deux maladies différentes.

ESSAI SUR LE CARACTÈRE PHYSICO-CHIMIQUE DE L'URINE DANS LA FIÈVRE JAUNE, Dr CASABO (Cuba).

LA FIÈVRE JAUNE.—Dr Abrisqueta (Etats-Unis.)

Lèpre.

NOUVELLE MÉTHODE SÉROTHÉRAPIQUE POUR LE TRAITEMENT DE LA LÈPRE GRECQUE, Dr CARRASQUILLA (Colombie).

1o L'on saigne le lépreux, et on sépare le sérum du sang.

2o L'on injecte le sérum du lépreux à un cheval.

3o L'on saigne le cheval ainsi traité, et l'on sépare le sérum du sang.

4o On traite les patients avec des injections hypodermiques du sérum du cheval.

5o On injecte à un cheval trois fois 30 c. c. de sérum humain, à intervalles de dix jours. On le saigne dix jours après la dernière injection, et on l'injecte de nouveau après la saignée. On le saigne de nouveau vingt ou trente jours après, et ainsi de suite.

6o Le patient reçoit une injection hypodermique d'un à 5 c.c., tous les trois jours, ou à de plus longs intervalles si quelque réaction se fait sentir.

7o L'injection produit une réaction normale : frisson, fièvre, transpiration, et aussi des accidents : myalgies, arthralgies, névralgies, éruptions cutanées, asphyxie, vertige.

8o Les lésions caractéristiques de la maladie sont en même temps modifiées ; les tubercules s'affaissent et s'éliminent par résorption, suppuration ou détachement ; les taches s'effacent et disparaissent ; les ulcères se cicatrisent ; la sensibilité devient normale ; les sens disparus reviennent et l'état général devient satisfaisant.

9o L'on ne prescrit aucun médicament contre les réactions, si ce n'est de la limonade pour calmer la soif, et des breuvages aromatiques.

10o On lave tous les jours le patient avec de l'eau chaude tenant en solution du permanganate de potasse, de soude ou de chaux, dans la proportion de 1 à 2 par mille. On panse les ulcères avec la même solution, du coton aseptique et un bandage pour couvrir le tout.

11o Il n'y a aucune indication particulière quant à la diète.

12o L'on ne donne pas d'injections quand le pouls est accéléré, la température audessus de la normale, ou s'il existe quelque autre symptôme indiquant une réaction.

13o On traite les ulcères en corne des pieds avec de l'acide salicylique dans du collodion, les ulcères des membranes muqueuses du nez et du pharynx avec une solution de borate de soude, la conjonctivite avec une solution faible de sulfate de cuivre.

Morve.

LA MORVE A LA HAVANE, Drs DAVALOS et ACOSTA (Cuba).

La maladie existe à la Havane depuis 1872, et semble avoir été apportée

par un cheval américain. Elle s'est propagée depuis parmi les chevaux, et s'est aussi transmise à l'homme. Les cas de morve sont passablement nombreux, et l'on a commencé depuis 1887 une campagne déterminée pour enrayer la marche de la maladie.

Les auteurs étudient très longuement les modes de contagion de la maladie, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement, puis ils rapportent en détail leurs essais de sérothérapie.

Les auteurs ont choisi le veau à cause de son immunité naturelle, ont développé cette immunité à l'aide de la maléïne, et se croient en état d'affirmer que le sérum obtenu de l'animal ainsi traité immunise contre la morve. Un cas chronique de farcin traité par ce sérum a donné d'heureux résultats.

Les auteurs attendent l'occasion de traiter un cas aigu de la maladie, et ils n'ont aucun doute que la sérothérapie ne leur fournisse un moyen efficace de guérir la morve et le farcin.

Impaludisme.

QUELQUES FAITS D'UTILITÉ PRATIQUE AU SUJET DE L'IMPALUDISME, Dr Terres (Mexique).

L'auteur, dans ses recherches de l'hématozoaire de Lavéran, n'a jamais trouvé de variations importantes dans le nombre, suivant l'époque de la maladie ; que ce fut pendant l'accès de fièvre, ou peu après, ou pendant l'apyrexie, ou peu avant l'accès, il n'a jamais trouvé de différences dans les hématozoaires, ni quant à la forme, ni quant au nombre.

Dans la cachexie paludéenne, quand les accès ne reviennent pas à périodes déterminées, les parasites sont moins nombreux, les demi lunes et les granutations exemptes de pigments sont plus nombreuses.

J'insiste depuis 1892, dit l'auteur, sur l'importance considérable au point de vue du diagnostic de trouver dans le sang, libres ou non, des granulations pigmentaires de couleur café foncé. La présence de ces granulations établit presque le diagnostic, car le pigment qui résulte de la destruction vulgaire des globules rouges est d'une couleur de café très pâle, et l'on trouve rarement dans le sang le pigment du cancer mélanique.

Pour le médécin peu habitué au maniement du microscope, il est plus facile de distinguer le pigment que de trouver les hématozoaires. Il faut toujours faire l'examen avec un grossissement de 700 diamètres.

L'administration de la quinine ne fait disparaître les hématozoaires du sang que lorsqu'elle guérit la maladie, et c'est généralement alors dans les deux jours après le début des doses. Durant la journée intermédiaire, on distingue dans le sang des corps immobiles de forme irrégulière.

Les hématozoaires peuvent vivre très longtemps dans le sang, se multipliant lentement et ne donnant aucun signe révélateur de leur présence. Leur manière habituelle de se révéler est de détruire les hématies ; c'est là le mécanisme de la véritable anémie paludéenne, qui s'établit sans accès de fièvre.

Cette anémie est la cause immédiate de la névralgie qui dépend ainsi entièrement de l'action des parasites. Il est probable qu'ils agissent directement ou par leurs secrétions sur le système nerveux, favorisant ainsi la production de la forme névralgique de l'impaludisme larvé.

Quand une personne dont le sang contient des hématozoaires est sur le point de subir de leur part l'action qui amène l'accès, elle peut l'éviter en prenant, deux jours auparavant, la dose de quinine qui, dans la localité, est suffisante pour avoir une action immunisante. Ceci est un fait important dans l'application de l'hydrothérapie à la cure de l'anémie paludéenne.

Contrairement à ce qu'affirme Burdel, je n'ai jamais vu de glycosurie après les accès, même après avoir administré aux patients 150 grammes de sirop.

On doit prescrire la quinine dès que le diagnostic est fait. C'est une erreur de croire qu'il faut l'administrer un certain nombre donné d'heures avant l'attaque.

OBSERVATIONS DE CAS D'IMPADULISME A MEXICO, Dr Loæza (Mexique). L'auteur décrit des cas d'impadulisme (rachialgie, céphalalgie, hémotozoaires de Lavéran, pigments bruns) rencontrés chez des habitants de la ville même de Mexico, située à 2,200 mètres (8,000 pieds) d'altitude.

FIÈVRES ANTOMNALES DANS LES ÉTATS DU SUD, Dr Bedford Brown (Etats-Unis).—Il y a plusieurs formes de fièvres.

Fièvre rémittente aiguë : frisson brusque, fièvre forte, sthénique, de 103° à 105° oscillatoire, suivie de rémission.

Fièvre rémittente prolongée : symptômes prémonitoires (lassitude, douleurs névralgiques à la tête, au dos, dans les membres, perte de l'appétit, constipation) durant plusieurs jours. Puis fièvre peu forte, plus accentuée le soir, avec rémission le matin. La première semaine, la fièvre monte à 102°, la deuxième semaine à 103°, la troisième semaine à 104°, la quatrième semaine à 105°. On la confond généralement avec la fièvve typhoïde.

Fièvre pernicieuse congestive.—Ces fièvres sont de nature paludéenne, et le seul traitement est la quinine.

MALARIA PERNICIEUSE, Dr Ribb (Mexique.)

L'IMPALUDISME A MORELIA, Dr Cordoba (Mexique).

SUR L'IMPADULISME, Dr Sastré (Mexique).

L'EMPLOI DE LA TEINTURE DE GELSÉNIUM DANS L'IMPALUDISME, Dr Bulman (Mexique).

MORTALITÉ PAR IMPALUDISME DANS LE CANTON DE HUATUSCO, Dr Fritsche (Mex.).

Tuberculose.

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PAR L'ÉTUDE MICROSCOPIQUE DU SANG, Dr Holmes (Etats-Unis).

1° Le diagnostic de la tuberculose d'après l'apparence morphologique du sang repose sur l'hypothèse que chaque individu possède un prototype biologique dans les leucocytes de son propre sang

2° Les leucocytes sont des organismes indépendants ayant des fonctions analogues à des organismes plus grands.

3° Les leucocytes passent par plusieurs états de croissance et de désintégration.

4° La désintégration des leucocytes peut arriver quel que soit leur âge.

5° Les leucocytes sont des bâtisseurs de tissus.

6° Tels que sont les leucocytes, ainsi est l'individu.

7° La tuberculose est une maladie caractérisée par une désintégration de tissu.

8° Dans le sang tuberculeux, il y a une désintégration abondante des cellules—développement prématuré, désintégration prématurée—ainsi qu'une déviation plus ou moins prononcée du pourcentage normal des différents types de cellules.

9° S'il y a désintégration marquée des leucocytes, on peut prédire avec certitude qu'il existe un état semblable dans d'autres endroits de l'organisme.

10° Le sang de la tuberculose possède un ensemble de signes d'après lesquels on peut faire un diagnostic plus précoce que par tout autre moyen connu.

11° On reconnaît cet état particulier du sang à l'aide de colorations microchimiques particulières et d'un fort grossissement.

12° On peut reconnaître ces signes avant que la maladie ne se manifeste chez l'individu par aucun symptôme.

13° Ces signes sont suffisamment marqués chez les personnes tuberculeuses, ou même chez celles qui ont une forte prédisposition, pour permettre de poser le diagnostic d'après l'examen seul du sang, sans connaître en aucune façon l'histoire ou l'état physique du patient.

14° Jusqu'à aujourd'hui, aucun autre état pathologique n'a révélé un état semblable du sang.

15° Le diagnostic précoce de la tuberculose prmettrait à un grand nombre de personnes de profiter d'un changement favorable de climat, et ainsi de retarder ou prévenir les résultats désastreux qui en sont inévitablement la suite.

Les Drs Paquin (Etats-Unis), Von Ruck (Etats Unis), Blasquez (Mexique), Unda (Mexique), Rowell, Bonnez (Etats-Unis), Lope, Sampalla, Galair (Mexique), Bishop, Crook (Etats-Unis) firent aussi des communications sur la tuberculose pulmonaire.

Diphtérie.

SUR LA DIPHTÉRIE, Dr Travis (Etats-Unis).

VIRULENCE DE LA DIPHTÉRIE A MEXICO, Dr Prieto (Mexique).

Grippe.

PATHOGÉNIE DE LA GRIPPE, Drs Coronado et Calvo (Cuba).

Rage.

L'HYDROPHOBIE A LA HAVANE, Dr Acosta (Cuba).

Fièvre Typhoïde.

SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE, Dr Tena (Etats-Unis).

FIÈVRE TYPHOIDE D'ORIGINE PALUDÉENNE, Dr Claiborne (Etats-Unis).

Typhus.

NOTES POUR L'ÉTUDE DU TYPHUS A MEXICO, Dr Jimenez (Mexique).

SUR LE TYPHUS A CELAYA, Dr Mendoza (Mexique).

ÉPIDEMIES DE TYPHUS ET DE CHOLÉRA, Dr Chavez (Mexique).

SUR LE TYPHUS, Dr Zavala (Mexique).

SUR LA POSSIBILITÉ DE DIAGNOSTIQUER DÈS LE SECOND JOUR CERTAINES MALADIES INFECTIEUSES, TELLES QUE LE TYPHUS, LA FIÈVRE TYPHOIDE, ETC., EN OBSERVANT LA MONTÉE DE LA TEMPÉRATURE, Dr Mejia (Mexique).

B. MALADIES DE LA NUTRITION.

Cancer.

SARCOME MÉLANIQUE DE LA RATE ; HISTOIRE DE DEUX CAS, Dr Crouse (Etats-Unis).

RÉSULTATS DE RECHERCHES PERSONNELLES SUR LE CANCER CHEZ LES ANIMAUX, Dr Van Kott (Etats-Unis).

Diabète.

UN CAS DE GANGRÈNE DIABÉTIQUE GUÉRIE PAR L'HYDROTHÉRAPIE, Dr Negrete (Mexique).

Eléphantiasis.

SUR L'ÉLÉPHANTIASIS CONGÉNITALE, Dr Moncorvo (Mexique).

L'éléphantiasis est fréquent chez les enfants. La maladie peut même s'établir durant la vie fœtale. L'auteur rapporte deux cas, dont l'un d'éléphantiasis de la face. D'après les recherches de l'auteur et celles de son fils, la néoplasie est produite par une inflammation des vaisseaux lymphatiques, et cette inflammation est causée par le streptocoque de Fehleisen, qui doit passer du système maternel au fœtus par le placenta.

Goutte.

ÉTUDE COMPARÉE DES SYMPTOMES DE LA GOUTTE ET DU RHUMATISME, Dr Bishop (Etats-Unis).

Au point de vue de la cause, le rhumatisme supporte très bien l'idée d'une maladie miasmatique, tandis que la goutte semble être un désordre de la chimie organique. La gravité relative des deux maladies, c'est la production secondaire d'affections nerveuses, pulmonaires, etc

Gravelle.

LE ROLE DE L'HÉRÉDITÉ DANS LA GRAVELLE, Dr Curtin (Etats-Unis).

C. INTOXICATIONS.

L'INTOXICATION PAR LA NICOTINE EN AMÉRIQUE, Dr Mattison (États-Unis).

L'EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE, Dr Delfin (Cuba).

D. MALADIES ORGANIQUES.

Cœur et vaisseaux.

TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES PAR DES DOSES MASSIVES D'ACÉTATE DE PLOMB, Dr Eliot (Etats-Unis).

L'auteur croit que la crainte de l'intoxication empêche les médecins de prescrire l'acétate de plomb à doses suffisantes. C'est un astringeant de valeur, et lorsqu'on le donne à doses massives dans les hémorrhagies de la phtisie pulmonaire et de la cirrhose du foie, il est presque dénué de tout effet toxique, et arrête l'hémorrhagie beaucoup plus promptement qu'aucun autre remède.

RUPTURE SPONTANÉE DE L'AORTE, Dr Llambias (République Argentine).

1° Le point intéressant de la question repose sur la cause anatomique de la rupture spontanée, que l'endartérite chronique ne suffit pas à expliquer.

2° Les théories des auteurs ne fournissent aucune explication qui puisse s'adapter à tous les cas.

3° Pour l'auteur, la lésion causale qui amène la rupture est dans l'altération de la circulation des vaisseaux qui nourrissent les parois, altération produite par l'endartérite de ces mêmes vaisseaux. Il est probable que cette endartérite provient d'une cause générale.

4° La conséquence de cette endartérite, c'est l'apparition des thromboses.

LES RAYONS ROENTGEN DANS L'ANÉVRISME THORACIQUE, Dr PEPPER (Etats-Unis).

Poumons.

L'EMPLOI DES VÉSICATOIRES CANTHARIDÉS DANS LES MALADIES AIGUES DE LA POITRINE, Dr de le CERNA (Mexique). —L'auteur conclut de la manière suivante :

La pneumonie et la pleurésie étant des maladies générales et infectieuses, et les défauts du vésicatoire étant connus, il vaut mieux abandonner ce mode de traitement.

Si on l'emploie, ce ne doit jamais être durant la période aiguë, mais vers la fin, quand la restitution *ad integrum* se fait difficilement, et pourvu que les reins soient sains. On doit laisser le vésicatoire en place de 4 à 6 heures, et prescrire des boissons chaudes pendant que l'épiderme se soulève. Il faut aussi porter une attention très grande à l'antiseptie.

BÉNIGNITÉ DES MALADIES PULMONAIRES A SAN DIÉGO DE LA UNION, Dr CANO (Mexique).

Intestins.

RAPPORT ENTRE LA TEMPÉRATURE DU PATIENT ET LES ESPÈCES DE BACTÉRIES QUE L'ON TROUVE DANS L'APPENDICITE, Dr MORIS (Etats-Unis).

MALADIES DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS, Dr CHAVARRIA (Mexique).

QUELQUES RECHERCHES POUR DÉFINIR L'APPLICATION DES LINGES CHAUDS ET HUMIDES SUR LES INTESTINS, Dr STICKLER (Etats-Unis).

FIÈVRE SEPTIQUE GASTRO-INTESTINALE, COLI-BACILLOSE, Dr ORNELAS (Mexique).

MÉTHODE MODERNE DE TRAITER LES MALADIES DES INTESTINS, Dr JURCK (Etats-Unis).

Foie.

UN CAS D'ATROPHIE JAUNE AIGUE DU FOIE, SUIVI D'AUTOPSIE ET DE L'ETUDE HISTOLOGIQUE DE LA GLANDE HÉPATIQUE, Dr CARMONA Y VALLE (Mexique).

L'auteur rapporte l'observation d'un cas caractéristique d'ictère grave traité à l'hôpital de Jésus, et mort après sept jours de maladie. Il cite Debove et Achard qui disent que " l'ictère grave est le signe visible de la destruction rapide des cellules hépatiques, et se manifeste par un état typhoïde accompagné de jaunisse et d'hémorrhagie." Après avoir fait remarquer que cette destruction des cellules n'est pas nécessairement rapide, puisque certains cas d'ictères graves durent un an et plus, l'auteur se demande pourquoi, dans la cirrhose ordinaire et l'atrophie simple du foie, il n'y a aucun symptôme d'ictère grave, et comment d'un autre côté, l'on peut expliquer l'apparition de la jaunisse par le fait seul de la destruction cellulaire, lorsque nous savons que la cellule hépatique elle-même produit la bile ?

Dans le cas cité plus haut, il existait une endophlébite sus-hépatique évidente, causant l'obstruction de ces vaisseaux et la destruction consécutive de la cellule hépatique.

Les études personnelles de l'auteur lui ont démontré que dans l'ictère grave la lésion anatomique est la périphlébite qui commmence dans les veines sus-hépatiques, obstruant leur canal par une profilération conjonctivale abondante, et plus tard détruisant les cellules qui composent les lobes hépatiques.

L'auteur se croit autorisé à conclure que l'ictère grave est produit par une altération de la circulation (causée ou non par des microbes) dans les veines sus-hépatiques, altération qui exagère d'abord l'activité cellulaire et plus tard détruit les cellules elles-mêmes. Les variations dans le progrès de la maladie et les symptômes qui l'accompagnent dépendent de l'étendue de la lésion et de la forme de la phlébite.

RAPPORT D'UN CAS D'ABCÈS MULTIPLES DU FOIE AVEC DIABÈTE SUCRÉ, Dr McLanthin (Etats-Unis).

E. MALADIES NERVEUSES.

QUELQUES INDICATIONS DU TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE, Dr Brower (Etats-Unis).

F. THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE.

Communications par les Drs Martinez, Revueltas (Mexique), MacCann, (Etats-Unis), Artega (Mexique), Fox (Etats-Unis), Villafuerte, Garcia (Mexique), Cutter, Lovell (Etats-Unis), Ramirez, Lerrés, Altamirano (Mexique).

NOUVEAU SYMPTOME CLINIQUE Dr Latti (République Argentine).

Le nouveau symptôme consiste dans un léger mouvement oscillatoire qui se produit plus facilement quand les jambes sont croisées, dans la position naturelle du repos. L'oscillation est visible lorsqu'on regarde l'extrémité du pied.

Cette oscillation se produit aussi lorsque le sujet est assis sur le rebord d'une table, sans avoir les jambes croisées. C'est un mouvement très marqué et caractérisé par un tracé spécial qu'on obtient au moyen du sphigmographe de Dudgeon légèrement modifié. Le symptôme au pied est constant chez toutes les personnes (enfants, adultes, vieillards) ; il est par conséquent physiologique. Il n'est pas dû à la compression des vaisseaux.

Le nombre des mouvements coïncide, chez les sujets normaux, avec ceux de la pulsation radicale, quoiqu'ils ne soient pas tout à fait aussi nombreux.

Dans différents états pathologiques, le tracé est modifié.

SUR LA SATURATION ANTISEPTIQUE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES, Dr Debayle (Nicaragua).

L'auteur rapporte plusieurs cas de gangrène chirurgicale rapide guérie par la saturation mercurielle obtenue en faisant tremper le bras du patient dans un bain chauffé contenant une solution de mercure. Les malades supportent ce traitement avec une tolérance étonnante.

Section de chirurgie générale.

Articulations.

TUBERCULOSE DU GENOU Dr Contreras (Mexique).

Observation d'un cas de tuberculose du genou droit opéré avec succès et

guéri avec ankylose complète. L'auteur croit, en se basant sur ces cas, que l'arthrectomie est préférable à la résection, aux révulsions, à l'immobilisation, etc....

Crâne.

TUMEURS CÉRÉBRALES ET ABCÈS Dr Lowe (Etats-Unis).—Le cerveau, quoique enfermé dans une boîte osseuse, est sujet à toutes les inflammations et modifications que l'on peut rencontrer dans les autres tissus.

Les tumeurs bénignes, une fois enlevées, se reproduisent très rarement.

Avec les tumeurs malignes on doit s'attendre, à moins d'une extirpation complète des tissus affectés lorsque la tumeur est à son début à la reproduction de l'hyperplasie dans une autre région du corps.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ÉPILEPSIE Dr Rogers (Etats-Unis).

1° On doit tenter le traitment chirurgical dans les cas d'épilepsie partielle ou Jacksonnienne, quoique à l'extérieur le crâne n'offre aucun signe de maladie.

2° Plus l'on interviendra à bonne heure après le début des spasmes, dans les cas opérables, plus l'on aura de chances de soulager le patient.

3° Dans un cas d'épilepsie accompagnée de dépression du crâne, il faut enlever l'os déprimé, quel que soit le caractère des convulsions, pourvu que la blessure à la tête ait précédé les convulsions.

4° Dans tous les cas d'épilepsie partielle ou Jacksonnienne, le centre cortical correspondant aux premiers muscles envahis par les convulsions doit être enlevé, même lorsque l'état épileptique ne dure que depuis quelques mois, et le centre cortical n'offre aucune trace macroscopique de maladie.

5° On doit prendre le plus grand soin pour déterminer l'étendue d'un centre donné, car il faut l'enlever sur toute sa superficie.

6° Le traitement chirurgical des convulsions dues à la paralysie cérébrale infantile est d'habitude non satisfaisant.

Fractures.

L'INCISION EXPLORATRICE DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES FERMÉES ET DES LUXATIONS Dr Roberts (Etats-Unis).

L'auteur affirme depuis douze ans que dans certaines circonstances le chirurgien ne doit pas hésiter à changer une fracture fermée en fracture ouverte. Dernièrement il en est venu à la même conclusion pour les luxations.

Qnand les autres moyens font défaut, l'incision est le procédé qui permet d'aller réparer les lésions, et c'est une faute grave que de trop tarder à y avoir recours.

DIFFORMITÉ A LA SUITE DE FRACTURE DU FÉMUR Dr Martin (Etats-Unis).

TRAITEMENT DE LA FRACTURE DE COLLES Dr Freeman (Etats-Unis).

Larynx.

RECHERCHES SUR LA TECHNIQUE DES OPÉRATIONS DU LARYNX Dr Crile (Etats-Unis).

L'auteur a trouvé par ses expériences que les accidents réflexes dans les opérations du larynx sont dûs à l'irritation des terminaisons des nerfs laryngés supérieurs, et que la cocaïne en application locale prévient ces accidents même pendant l'anesthésie complète. L'application locale de cocaïne dans certaines opérations sur le larynx est donc indiquée.

L'auteur décrit ensuite un procédé de laryngotomie qui donne de très bons résultats, et rapporte quatre cas heureux.

Organes génitaux.

TRAITEMENT DU RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE PAR LA DILATATION ÉLASTIQUE CONTINUELLE Dr WILDING (Etats-Unis).

L'auteur s'est très bien trouvé, dans les rétrécissements profonds de l'urèthre, du traitement par la pression élastique continuelle. Il dilate le rétrécissement avec un cathéter mou et le laisse en place jusqu'à ce qu'il joue aisément ; il le remplace alors par un plus gros, puis par un autre jusqu'à ce qu'il ait obtenu un bon résultat. Le traitement s'applique aussi bien aux rétrécissements inflammatoires qu'aux rétrécissements spasmodiques.

TROIS CAS DE VÉRITABLE DIPHTÉRIE DU PÉNIS Dr MUNN (Etats-Unis).

L'auteur rapporte l'observation de trois enfants récemment circoncis qui contractèrent dans la plaie la diphtérie, dont souffraient d'autres membres de la famille.

CURE RADICALE DE LA PROSTATITE Dr MACIAS (Mexique).

Le *prostatisme* commence d'habitude chez les jeunes gens pour s'accentuer avec l'âge. Quelquefois la masturbation, et presque toujours la blennorrhagie en sont les causes premières. La négligence et les mauvais soins font passer la maladie à l'état chronique. Beaucoup d'urétrites profondes et de cystites du col ne sont qu'une inflammation de la prostate.

Chez les jeunes gens, l'infection se fait par les toxines microbiennes. Chez les vieillards, elle est causée par les produits de désassimilation qui ne s'éliminent plus.

L'étude des symptômes n'a pas encore été suffisamment faite ; beaucoup de patients sont traités pour des causes secondaires alors qu'ils souffrent de prostatite.

Les moyens chirurgicaux seuls fournissent une cure prompte et radicale de la prostatite confirmée : irrigations antiseptiques, instillations médicamenteuses, cathétérisme, saignée. L'auteur y ajoute : la cystotomie périnéale, la prostatotomie, le curettage et le drainage direct ou indirect.

L'hypertrophie de la prostate peut être guérie radicalement dans un grand nombre de cas. On traite la forme urétrale par énucléation ; la forme vésicale, quand elle est accentuée, requiert l'extirpation totale du lobe et la restitution de l'entonnoir vésical.

TRAITEMENT DE LA GONORRHÉE CHRONIQUE, Dr WILDING (Etats-Unis).

Rectum.

IMPORTANCE DE LA ROUTE SACRÉE (OPÉRATION DE KRASKE MODIFIÉE) DANS LE TRAITEMENT DE L'OCCLUSION CONGÉNITALE DU RECTUM Dr MATAS (Etats-Unis).

L'auteur rapporte un cas opéré sans anesthésie 24 heures après sa naissance. Résection du coccyx et de l'extrémité inférieure du sacrum, qui étaient cartilagineux. Exploration oculaire et digitale. L'ampoule rectale est en haut, près du détroit pelvien, près de la terminaison de l'S iliaque. L'ampoule est détachée d'avec le mésentère, et suturée à l'ouverture sacrée. Pas de complications. Quelques jours après, prolapsus du rectum qui va en s'accentuant de plus en plus. Résection de la partie prolabée. Guérison maintenue après deux ans.

CONTRIBUTION A LA CHIRURGIE DU PÉRINÉE, Dr ILL (Etats-Unis).

Vaisseaux.

VARICES DES EXTREMITÉS INFÉRIEURES Dr MANLEY (Etats-Unis).

L'auteur étudie très au long le sujet, passant en revue les différentes causes prédisposantes (hérédité, état physiologique, occupation) et déterminantes (hémostase, traumatisme, infection), la pathogénie (hyperplasie des vaisseaux, altération des valvules, stagnation du sang, dégénération des tuniques, ulcération), les symptômes, etc... Comme le cancer, dit-il, les varices sont douloureuses quand elles sont en pleine évolution et peuvent devenir dangereuses par hémorrhagie, thrombose ou septicémie.

Les varices exigent un traitement constitutionnel et palliatif. Comme la hernie, elles causent autant de mal par leur empiètement sur les tissus voisins, que par l'altération de leurs propres tissus. Il faut les supporter par des bandages.

La chirurgie ne doit intervenir que dans les cas graves, et elle donne d'excellents résultats.

DEUX CAS DE CATHÉTÉRISME ARTÉRIEL Dr MAUCOYET (Mexique).

Le premier est un cas d'amputation de la cuisse au tiers inférieur pour gangrène sèche causée par une embolie due à une endocardite rhumatismale. L'amputation terminée et la bande élastique enlevée, l'artère fémorale resta béante et vide ; l'auteur fit le cathétérisme de l'artère avec une bougie stérilisée et réussit à une certaine profondeur à détacher le caillot qui obstruait le vaisseau. Cette intervention permit de rétablir la circulation dans les lambeaux et sauva le malade d'une désarticulation de la cuisse.

Le second cas est tout à fait semblable et se rapporte à une amputation de jambe au lien d'élection.

Vessie.

L'AVENIR DE LA CYSTOTOMIE HYPOGASTRIQUE, Dr OTERO (Mexique).

L'auteur conclut en disant que l'on doit recommander la taille hypogastrique à tous les chirurgiens qui ne sont pas spécialistes, pour tous les calculs, et qu'aujourd'hui même les princes de la chirurgie doivent la préférer à toute autre quand l'opération de Bigelow n'est pas praticable. Cette opération permet d'explorer la vessie d'une manière complète, d'enlever tous les calculs, et la plaie se cicatrise très bien. L'auteur ne fait exception que pour les calculs pesant moins de 125 grammes chez les femmes, et les calculs ayant pénétré dans l'urèthre prostatique chez l'homme.

CYSTOTOMIE SUS-PUBIENNE HYPOGASTRIQUE Drs GUTIERREZ Y ARRANZO et GARCIA (Colombie).

Chirurgie générale.

Communications par les Drs Edebohls (Etats-Unis), Parra (Mexique), Bernays, Keys (Etats-Unis), Martinez (Mexique), Laplace, Skene, Murphy (Etats-Unis), Espinosa, Arce (Mexique), Mynter, Bishop. Bentley, Ashton (Etats-Unis), Ross (Canada), Reyburr, Guiteras (Etats-Unis), Nonèga (Mexique), Milliken, St. John, Kane (Etats-Unis).

VALEUR DES RAYONS ROENTGEN EN CHIRURGIE Dr DEEK (Etats-Unis).

Les rayons Roentgen permettent de reconnaître les éclats de métal ou de

verre, les balles, les aiguilles, les malformations osseuses, luxations, cals, fractures compliquées, les arthrites, les ostéïtes, les caries, les ostéophytes, les tumeurs osseuses. Ils ont servi à préciser la position du fœtus dans l'utérus et à obtenir une vue du squelette.

Les rayons Roentgen permettent de diagnostiquer les fractures en bois vert, et en photographiant le membre maintenu par les attelles et les bandages, on peut juger si la fracture est bien réduite. Au point de vue médico-légal, on peut aussi juger si la fracture a été bien réduite par le chirurgien.

On peut aussi, à l'aide des rayons Roentgen, constater les corps étrangers (balles) du cerveau, les cicatrisations pulmonaires (tuberculose), la sclérose artérielle.

On ne peut photographier certains organes mis en mouvements par la respiration (diaphragme, foie), mais on peut les observer à l'aide du fluoroscope. Il en est ainsi du cœur et du péricarde.

On ne reconnaît pas les épanchements d'une manière directe, mais seulement par les espaces translucides qu'ils laissent.

L'exposition prolongée aux rayons Roentgen ne détruit pas les microbes.

(à continuer.)

Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur la méthode de Talamon dans le traitement de la pneumonie, que nous publions dans le formulaire de janvier.

Au chapitre *Intérêts professionnels*, le lecteur trouvera toutes les dernières nouvelles sur l'organisation de la prochaine assemblée de l'Association Médicale Britanniqne. Cette assemblée commencera le 31 d'août et durera toute la première semaine de septembre.

La mort de Mgr Edouard Charles Fabre, archevêque de Montréal, n'est plus une nouvelle pour personne. Mgr Fabre était grand chancelier de l'Université Laval à Montréal. Nous déplorons vivement la perte de cet homme bon, juste et dévoué, qui ne laisse après lui que des regrets et de la reconnaissance.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que nous commencerons prochainement la publication d'une série d'articles signés par M. le Dr Coyteux Prévost, d'Ottawa. Le nom du Dr Prévost, bien connu dans le Dominion, n'est pas étranger aux abonnés de l'*Union Médicale*, qui ont déjà pu apprécier de lui des articles aussi brillamment écrits que vigoureusement pensés. Cette nouvelle sera donc accueillie avec plaisir. Le Dr Prévost nous écrit en même temps : " Cédant aux sollicitations de plusieurs de mes confrères, je crois devoir " porter à votre connaissance la détermination que j'ai prise de me livrer désor- " mais d'une manière spéciale au traitement des maladies des femmes et à la pratique de la chirurgie abdominale. Outre l'Hôpital Général d'Ottawa où les pauvres peuvent, en tout temps, obtenir leur admission, je suis en mesure " de recevoir les personnes qui ont les moyens de payer, dans une maison parti- " culière confiée à la direction éclairée d'infirmières diplomées (trained nurses.)" Cette nouvelle sera bien accueillie, spécialement par nos abonnés d'Ottawa, et nous offrons à notre collaborateur, avec nos remerciements, nos félicitations les plus sincères.

REVUE D'HYGIÈNE

CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.—Le conseil d'hygiène de la province de Québec s'est réuni le 18 décembre dernier. Les membres dont les noms suivent étaient présents : Dr E. P. Lachapelle, président ; Mr. H. R. Gray, Drs R. Craik, A. Méthot, I.J. Desroches, L. Catellier, E. Pelletier, secrétaire ; J. A. Beaudry, inspecteur ; et W. Johnson, bactériologiste.

Le secrétaire, dans son rapport des travaux du Conseil accomplis depuis la dernière assemblée, annonce que le Conseil a attiré l'attention du gouvernement provincial sur l'insuffisance de la loi concernant l'enrégistrement des naissances. Aujourd'hui, la naissance des enfants catholiques et des enfants juifs mâles est seule enrégistrée d'une manière régulière. Les enfants catholiques, à bien peu d'exceptions près, sont amenés pour être baptisés quelques jours après leur naissance, et l'on apporte aussi les enfants juifs mâles au rabbi afin qu'il les circoncise; l'enrégistrement a lieu ainsi immédiatement après le baptême ou la circoncision. D'un autre côté, la naissance des enfants protestants et des petites filles juives n'est enrégistrée que d'une manière irrégulière, car les rites de ces religions ne font pas une obligation d'amener ces enfants au temple ou à la synagogue à une époque déterminée. Plusieurs ministres protestants ont déjà signalé ce fait. Un ministre de l'Eglise d'Angleterre écrit au Conseil qu'il a enrégistré la naissance d'une personne âgée de 75 ans, cette personne ne s'étant jamais présentée au baptême avant cet âge. Le moyen de remédier à cet état de chose serait d'ordonner, sous peine de punition, que la naissance d'un enfant soit enrégistrée chez le secrétaire trésorier de la municipalité dans les trois mois qui suivent la naissance, pourvu toujours que la naissance n'ait pas déjà été enrégistrée par le ministre de la religion à laquelle les parents appartiennent. Il est vrai que l'article 5,784 des Statuts Refondus tend à rendre obligatoire un pareil enrégistrement, mais il offre entre autres défauts, celui de ne pas être appuyé par une pénalité en cas d'infraction.

Le secrétaire dans son rapport attire aussi l'attention des membres du Conseil sur le fait que, si l'on en juge d'après la correspondance échangée entre le Gouvernement Anglais et le Gouvernement de la Puissance (la correspondance est déposée devant le Conseil), la loi fédérale sur "les animaux contagieux" n'empêchera pas de garder dans les laiteries des vaches tuberculeuses, et ne défendra pas d'offrir en vente la viande provenant d'animaux tuberculeux.

Comme le Gouvernement Fédéral semble laisser le soin de régler cette question à chaque province en particulier, le Conseil en vient à la conclusion qu'il est de la plus grande importance, dans les circonstances de préparer un projet de loi remédiant à ces choses, et de le présenter à la Législature provinciale.

On lit ensuite une lettre du Secrétaire de la province annonçant que le gouvernement a accordé, le 14 de novembre dernier, la requête du Conseil d'hygiène demandant d'être relevé de la surveillance de l'établissement vaccinogène de Ste Foye et partant de la responsabilité des opérations du dit établissement.

Le cas supposé de lèpre à Trois-Rivières fournit au Conseil l'occasion de discuter la conduite à tenir si des cas réels de lèpre apparaissaient dans la province. Bien que les auteurs semblent différer d'opinion sur la nécessité de l'isolement dans les cas de lèpre, on a cependant trouvé, dans certaines localités où l'extension de la maladie devenait menaçante, qu'il était nécessaire d'isoler les malades. On peut citer comme exemple Tracadie, au Nouveau-Brunswick, dont le lazaret renferme 34 lépreux. Jusqu'ici, la province de Québec a été exempte de la maladie. Mais comme le danger de son importation semble venir de l'immigration chinoise (un chinois est mort de la lèpre récemment à Montréal, et, à la Colombie Anglaise, on a isolé sur une île sept chinois lépreux), le

Conseil a résolu de se mettre en communication avec le gouvernement fédéral, afin de s'assurer si la loi de l'immigration chinoise ne peut pas être amendée de telle sorte que, lorsqu'un chinois développe la maladie, même après plusieurs années de séjour au Canada, on puisse le renvoyer dans son pays ou le détenir dans un lazaret.

On soumet au Conseil une requête de l'évêque anglican de Québec demandant l'autorisation d'enlever les cadavres qui reposent dans le vieux cimetière protestant, près de l'hôpital de la Marine, à Québec ; plusieurs des personnes enterrées dans ce cimetière sont mortes du choléra. Comme la dernière inhumation faite dans ce cimetière date de 50 ans passés, le Conseil ne s'oppose pas à l'enlèvement des cadavres, pourvu qu'il ait lieu pendant la saison froide.

Les membres du Conseil s'occupèrent ensuite d'une manière toute particulière de l'existence de la diphtérie dans la province de Québec. Le fait est que l'assemblée spéciale du Conseil avait été convoquée dans ce but. Les rapports reçus démontrent que durant le mois de novembre 71 secrétaires-trésoriers de municipalité n'ont pas signalé l'existence de la diphtérie dans leur juridiction particulière, bien que le Conseil Provincial ait constaté par les certificats de décès envoyés par les membrs du clergé que la maladie a causé des morts dans ces mêmes municipalités. Il est probable que le nombre de ces municipalités négligentes serait plus considérable encore si 329 ministres du culte n'étaient pas en retard pour leurs rapports des décès de novembre. Cette négligence des autorités municipales à rapporter l'existence de la diphtérie donne à croire au Conseil que les autres prescriptions de la loi, telles que l'isolement et la désinfection, sont aussi négligées. Le Conseil possède aussi d'autres faits concernant certaines municipalités, où dans quelques cas des familles entières ont été sacrifiées par les autorités à l'indifférence pour leurs devoirs.

Ce sont des circonstances où l'action du Conseil doit être prompte et sure, et comme les poursuites légales sont des mesures trop lentes pour venir au secours des familles exposées à l'infection, le Conseil adopte la résolutiou suivante, qui lui permet d'intervenir directement dans la municipalité, quand le cas sera nécessaire.

Il est Résolu d'autoriser le Président à nommer, conformément aux termes de l'article **3066***i* de la Loi d'Hygiène, des officiers de santé dans celles des municipalités qui refusent ou négligent obstinément de se conformer aux mesures prescrites par les Règlements du Conseil relativement à la prévention des maladies contagieuses, et à confier aux dits officiers de santé le soin d'exécuter les mesures hygiéniques que les officiers exécutifs du Conseil d'Hygiène considèreront nécessaires pour la protection de la santé publique, le tout à la charge des municipalités intéressées.

Résolu que copie de la présente résolution soit envoyée à chacune des 882 municipalités de la Province.

Le Conseil croit que la méthode de traitement de la diphtérie par le sérum n'est pas employée d'une manière générale dans la Province, et a signalé la supériorité de ce traitement aux personnes intéressées. Des familles ont dernièrement enterré, 3, 4 et même 5 enfants qui auraient certainement été sauvés si l'ont eût employé l'antitoxine. Voici la circulaire envoyée : " Le Conseil attire l'attention du public sur les résultats obtenus dans le traitement de la diphtérie par l'antitoxine. Avant la découverte de l'antitoxine, de 40 à 60 pour cent des malades mouraient, tandis qu'avec le nouveau traitement, la mortalité a tombé à 13 ou au plus à 17 par cent. C'est-à-dire que les deux tiers des ents qui seraient morts sans l'emploi de l'antitoxine ont été sauvés. Non ement l'antitoxine sauve la vie, mais elle a encore l'avantage de raccourcir urée de la maladie, et l'on peut l'employer comme préventif chez les per- ıes exposées à l'infection, de manière à les mettre à l'abri de la maladie."

LE DEUXIÈME RAPPORT ANNUEL DU CONSEIL D'HYGIÈNE LA PROVINCE DE QUÉBEC, pour l'année finissant le 30 juin 1896.

Le Conseil d'Hygiène de la Province vient de publier son deuxième rapport

annuel. C'est un volume de près de 300 pages, illustré, renfermant les statistiques complètes de l'année, le sommaire des dépenses et les rapports des différents officiers du Conseil. On a devant les yeux, en lisant ces pages, l'hygiène moderne en action, avec tout le bien qu'elle peut faire, tout le mal que son absence peut causer. Les questions les plus récentes y sont discutées et mises au point. En même temps, on y fait ressortir, avec une clarté admirable, les grandes lacunes qui existent dans la province, ainsi que les remèdes qu'il faudra employer pour y remédier et sauvegarder d'une manière complète la santé publique. La lecture de ces pages sera d'un grand profit pour toute personne qui s'intéresse le moindrement aux questions sociales, et surtout pour nous médecins qui sommes si souvent appelés à donner notre avis sur les différents points que discute le rapport. On y saisira en outre sur le vif l'œuvre importante que le Conseil poursuit sans relâche depuis sa fondation ; on y pourra constater qu'il s'achemine d'un pas sûr vers un but précis et humanitaire : l'assainissement de la province de Québec, l'établissement d'un service de statistiques parfait. Déjà les résultats obtenus permettent au Conseil d'Hygiène d'appuyer ses théories par l'éloquence des faits, et nombre de municipalités qui dès l'abord s'étaient montrées hostiles aux idées nouvelles admettent volontiers aujourd'hui que la science sanitaire n'est pas un conte inventé par nos grand'mères, et se se prêtent avec ardeur à les mesures qui non seulement protègent la santé des individus, mais encore la bourse des contribuables. C'est un progrès énorme dont le Conseil a droit d'être fier, car Dieu sait ce qu'il a rencontré au début d'opposition et de préjugés.

JUN 26 1908 LIBRARY.

On s'était attaché surtout, dans le rapport de l'année dernière, à nous expliquer la nécessité et les différents modes de drainage. Dans celui de cette année, le secrétaire étudie très longuement, et d'après les auteurs les plus récents, la question si importante de l'eau de boisson. On sait les grands dangers que l'eau impure ou contaminée peut faire courir à la santé des personnes. Après avoir parlé de la provenance de l'eau, des puits, des rivières, après avoir analysé les impuretés que l'eau peut contenir et étudié les microbes qu'elle renferme souvent, le Dr Pelletier nous parle très longuement de la filtration de l'eau, des théories sur lesquelles sont basés les divers procédés, des appareils employés dans ce but, etc., etc. Cette étude est abondamment illustrée, très bien faite et mérite d'être lue attentivement, car la filtration de l'eau est une des questions principales de l'hygiène moderne.

Le lecteur trouvera aussi dans ce rapport des explications très intéressantes sur la nouvelle loi des inhumations, sur un projet de loi d'enrégistrement, sur les devoirs des bureaux locaux d'hygiène, sur la déclaration des maladies contagieuses.

Parlant de la nécessité qu'il y a pour le médecin à déclarer les cas de maladies contagieuses rencontrés dans sa clientèle, le Dr Pelletier cite le cas d'un médecin qui, appelé à soigner un enfant malade de diphtérie dans une famille influente, ne fit aucune déclaration. L'enfant mourut, et comme on n'avait pratiqué ni isolement ni désinfection, un second enfant tomba malade à son tour et mourut aussi. On fit des funérailles privées, et pas de déclaration. Mais un troisième enfant ayant contracté la maladie, cette fois le père avertit lui-même les autorités sanitaires de la ville, qui donnèrent des instructions pour l'isolement du petit malade, et le reste de la famille fut épargné. Le Dr Pelletier ajoute : " Le médecin appelé à soigner dans cette famille croit-il lui avoir rendu service par son silence? Evidemment non. L'isolement du premier malade, que l'autorité sanitaire eut ordonné, aurait très probablement empêché le second et le troisième enfant de prendre la maladie. Voici donc un médecin qui a contribué à exposer toute une famille et qui ne peut vraiment se laver les mains de la mort du second et de la maladie du troisième. Ce médecin est-il bien digne de la confiance que l'on repose en lui ; et si bon médecin qu'il puisse être pour traiter un malade, ceux qui ne sont pas encore atteints de la maladie sont-

ils en sûreté avec lui ? " L'exemple cité par le secrétaire du conseil est frappant de vérité. Que de médecins, par leur négligence coupable et leur *incrédulité*, laissent la maladie s'étendre autour d'eux, et confirment ainsi le préjugé populaire qui prétend que les médecins entretiennent la maladie pour le plus grand profit de leur bourse. Il est bien plus facile d'empêcher quelqu'un d'attrapper une maladie que de le guérir ensuite, et la reconnaissance dans ces cas est encore bien plus grande.

Le secrétaire insiste ensuite avec raison sur l'efficacité de l'isolement pour empêcher la propagation des maladies contagieuses. C'est une affirmation dont la vérité est prouvée depuis longtemps, et qui cependant fait lever encore les épaules à un certain nombre de médecins, alors que les faits désastreux dont ils sont témoins devraient les convaincre.

Nous citons le passage suivant : " Il n'y a qu'une seule manière de faire l'isolement du malade qui puisse offrir des garanties pour les personnes qui habitent le même toit. C'est de mettre le malade dans une chambre séparée avec la personne qui devra en prendre soin. Aucune autre personne ne doit avoir accès dans cette chambre. Tout ce qui est nécessaire d'apporter pour le malade et pour la garde malade, nourriture, etc., doit être laissée à la porte de la chambre, que la garde-malade n'entrouve que pour le recevoir. Rien n'est sorti de la chambre sans avoir été préalablement désinfecté (restes d'aliments, vaisselle, linges, etc.) Cet isolement doit être maintenu jusqu'à la guérison du malade, qui ne sort de la chambre alors qu'après avoir subi un lavage complet et avoir revêtu au moment de sortir des habits qui n'ont été en aucune manière exposés à la contagion. La désinfection doit être faite alors sous le plus court délai possible. La garde-malade doit suivre les mêmes précautions lorsqu'elle sort de la chambre, la maladie terminée.

" Tout le temps que dure la maladie, la garde-malade ne peut circuler dans la maison. On ne peut cependant lui refuser une promenade au grand air une fois par jour. S'il y avait une galerie à la maison sur l'étage où le malade est isolé, c'est là qu'elle devrait prendre ses exercices. Si la garde-malade devait nécessairement traverser les pièces occupées par le reste de la famille pour sortir de la maison, il lui faudrait au préalable s'être lavé les parties découvertes du corps et avoir changé les vêtements qu'elle portait auprès du malade, pour d'autres qu'elle aura spécialement gardé à l'abri dans une armoire ou autre meuble tenu bien fermé. La garde-malade, en traversant les pièces occupées par les autres membres de la famille, ne doit pas s'y arrêter, mais doit sortir de suite de la maison. Elle doit entrer dans aucune autre demeure, ne pas avoir de communications avec d'autres personnes ; elle ne sort que pour prendre de l'exercice, elle est sous quarantaine et par conséquent " suspecte."

Toutes ces précautions peuvent paraître futiles à un grand nombre de personnes. Cependant, elles sont absolument nécessaires et basées sur la science. Le médecin qui ne les fait pas observer avec rigueur obtient naturellement des résultats qui le laissent de plus en plus sceptique. Quant aux personnes chez qui les sentiments dominent la raison, et qui, désobéissant au médecin, amènent les enfants voir leur petit frère malade, ce sont des têtes légères qui ne réalisent pas la gravité de leur action, et qui exposent de sang froid toute la famille à la maladie.

Le Dr Pelletier termine son rapport en exprimant le vœu que les gouvernements d'Ottawa et de Québec feront faire les expériences nécessaires pour s'assurer si l'épandage des matières d'égouts est pratiquable au Canada pendant la saison rigoureuse. La solution de cette question en litige est importante et pour l'hygiène des municipalités et pour l'agriculture. Tout en croyant que l'épandage pourrait réussir aussi bien dans notre climat qu'ailleurs, le Conseil n'en a pas cependant une démonstration qui soit suffisante pour qu'il prenne la responsabilité de l'imposer ; et il lui faut en conséquence encore tolérer à contre-cœur les déversements de matières d'égout aux rivières, ce qui retarde de beaucoup l'assainissement de plusieurs municipalités de la province.

L'inspecteur d'hygiène, le Dr J. A. Beaudry, donne ensuite un rapport des 63 inspections de l'année, inspections concernant l'eau d'alimentation, les égouts, les cimetières, les épidémies, etc.....Ces inspections ont conduit le Dr Beaudry sur tous les points de la province.

Le rapport du bactériologiste, le Dr Wyatt-Johnson, est très documenté.

Le Dr Johnston attire l'attention sur le nouveau procédé recommandé par les plus hautes autorités (Strauss à Paris, Rockl en Allemagne, Copemann en Angleterre et Sternberg aux Etats-Unis) pour conserver le vaccin. Par l'addition de glycérine diluée à la lymphe vaccinale, on a démontré que l'on pouvait débarrasser cette lymphe de tous les germes qui sont étrangers au principe du vaccin sans nuire à son efficacité. Ce mode de préparation du vaccin paraît devoir remplacer avant longtemps sa distribution sur pointes d'ivoire et ce, avec l'avantage considérable que cette lymphe purifiée se conserve très longtemps sans détérioration.

Nous recommandons à nos lecteurs le paragraphe sur la désinfection par la formaline.

La statistique compilée par le Dr L. J. H. Roy remplit à elle seule les trois quarts du volumineux rapport du Conseil d'hygiène de la province. Constatons tout d'abord qu'un petit nombre (heureusement) de municipalités refusent encore obstinément de fournir le rapport mensuel des naissances, mariages et décès, malgré les ordres des autorités supérieures. Malgré ces quelques lacunes, la statistique de 1895 établit que le surplus des naissances sur les décès est de 25,000, que la natalité, dans les comtés canadiens-français, donne une moyenne de 44.02 par 1,000, ce qui veut dire tout simplement que nous tenons le record du monde, les pays allemands n'ayant jamais pu aller plus loin que 40. pour 1,000. Dans ce concours pour la colonisation, le comté de Yamaska tient toujours la tête, avec le chiffre énorme de 60 pour 1,000. Comme il s'est fait durant l'année, dans toute la province, 10,171 mariages, nous pouvons espérer que ce mouvement patriotique ne se ralentira pas.

La mortalité dépasse 30,000, mais est de 554 décès moindre que 1894. Comme toujours, ce sont les maladies contagieuses et les maladies diarrhéïques qui déciment notre population, et ce sont les enfants qui en sont victimes. Le tableau suivant parle par lui-même :

Mortalité totale pour 1895		31,696
Enfants de 0 à 1 an	10,017	
Enfants de 1 à 5 ans	5,220	
Mort nés à terme	1,165	
Naissances prématurées	757	
		17,159
Mortalité chez les grandes personnes		14,537

Et voilà ! c'est effrayant comme il meurt des bébés dons la province de Québec, chaque année ! 15,237 ! ! La cause, direz-vous. La cause ? Tenez, voici ce que révèlent les certificats de décès transmis au Conseil d'hygiène.

St-Lazare, comté de Vaudreuil.

4	novembre	1896	Rosanna	5 ans.
5	"	1896	Joseph	6 mois.
8	"	1896	Albertine	8 ans.
23	"	1896	Elzéar	10 ans.
29	"	1896	Marie Louise	17 ans.

Tous ces enfants étaient frères et sœurs.

Et les cinq certificats de décès, tous signés par le curé, portent tous la note suivante : *Mal de gorge, à ce qu'on m'a dit ; je n'ai pas vu le malade.* Ce mal de gorge, pour faire de pareils ravages, est évidemment la diphtérie. Avec l'isolement, la désinfection et l'antitoxine, on aurait sauvé Rosanna et empêché

Joseph, Albertine, Elzéar et Marie Louise d'être malades. Eh bien, non ; le père a préféré laisser mourir ses cinq enfants plutôt que d'aller chercher le médecin.

Citons encore l'exemple suivant :

ST-VALÉRIEN, COMTÉ DE RIMOUSKI.

10 novembre	1896	Delvina	3 ans.
10 "	1896	Aurore	8 mois.
11 "	1896	Elmire	5 ans.
12 "	1896	Joseph	22 mois.

Ces enfants appartenaient encore à une même famille.

Les certificats de décès sont signés par le curé de la paroisse, et portent : *inflammation de poumon*. Voilà un homme qui, en trois jours, perd quatre enfants de la même maladie, qu'ils se sont passée les uns aux autres, ou qu'ils ont contractée à la même source. Direz-vous que ce n'est pas cruel de laisser mourir sans soins des familles entières, sans prendre la moindre précaution, sans tenter le moindre effort. Et cependant voilà ce qui arrive trop souvent, hélas ! Voilà pourquoi aussi, dans ces cas, les autorités sanitaires ont le droit de faire sentir leur autorité auprès de ces parents ignorants et stupides, et de leur dire : " Nous allons prendre soin de vos enfants, que vous laissez mourir ! "

Il faut protéger les individus, même contre leur propre vouloir. C'est ce que le Conseil d'hygiène de la Province de Québec fera, nous n'en avons aucun doute. Quand on aura bien compris l'immense portée de son œuvre, on remplacera le mauvais vouloir par la reconnaissance.

La Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal a conféré le titre de professeur titulaire au Dr E. P. Lachapelle, président du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

La maison Wyeth nous écrit qu'elle a vendu l'année dernière au Canada 500,000 bouteilles de l'Extrait de Malt Liquide. Le malt est un excellent aliment dans la débilité et la convalescence.

La législature de Québec a retranché du projet de loi présenté par la ville de Montréal la clause obligeant les médecins à faire eux-mêmes les déclarations de naissances au bureau de santé. Comme par le passé la loi reconnaîtra simplement l'enregistrement fait à l'église, sur la déclaration des parents, lors du baptême de l'enfant.

Nous avons remarqué à Mexico, lors du dernier congrès, MM. les Drs P. Lachapelle, délégué du gouvernement du Canada, Sir William Hingston, l'Université Laval. Stewart, Blackader et Cameron, de l'Université McGill, ...e, de Woodstock, Ont., et Benoit, représentant l'Union Médicale du Canada. *Medical Record*, de New-York, était aussi représenté au Congrès.

FORMULAIRE

—

Epilatoire.

R. Iode pur	12 grains.
Essence de térébenthine	20 gouttes.
Teinture de castorium	30 "
Alcool absolu	3 drachmes.
Collodion	1 once.

Sig.—A appliquer, pendant deux à trois jours consécutifs, une fois par vingt-quatre heures.

Catarrhe nasal.

R. Antimoine et tartrate de potasse	½ grain.
Acétate de morphine	½ "
Eau	2 onces.

Sig.—Une cuillerée à thé toutes les une ou deux heures.

BARTHOLOW.

Engelures.

R. Teinture de benjoin	1 once.
Glycerine	2 onces.

Sig.—Application locale.

Pneumonie commune. (*pneumonie lobaire bénigne.*)

Toute médication active est inutile ou nuisible.
Le traitement de choix est le traitement symptomatique défensif.

Premier jour.—Point de côté et frisson initial.
Cataplasme sinapisée sur le côté douloureux.

R. Teinture d'aconite } ãã	15 gouttes.
Teinture de gelsémium } ãã	15 gouttes.
Sirop de fleurs d'oranger	6 drachmes.
Eau de tilleul	1½ once.

Sig.—Pour une potion.

Deuxième jour.—Le point de côté persiste ; la langue est sale, les urines sont rares et foncées.

8 ventouses scarifiées *loco dolenti.*

Tisane diurétique de chiendent, additionnée d'une drachme d'acétate de potasse.

Une dose de 10 grains de calomel à prendre en 3 paquets de 3⅓ grains, un paquet toutes les trois heures.

Troisième jour.—Dyspnée, expectoration rouillée, visqueuse et rare.
Frictions sur le thorax avec quelques gouttes d'essence de térébenthine.
Continuer la tisane diurétique.
Prescrire la potion suivante :

Oxyde blanc d'antimoine	8 grains.
Sirop de codéïne	4 drachmes.
Eau de laurier cerise	2 "
Eau de polygala	2 onces.

F. S. A. Potion.

Quatrième jour.—La pneumonie s'étend : le souffle tubaire est intense, la fièvre est vive, le pouls fréquent. Le malade est agité la nuit et affaisé le jour.
Donner de nouveau 10 grains de calomel divisés en 3 doses.
Remplacer la tisane diurétique par de la limonade vineuse.
Prescrire une nouvelle potion :

Teinture de digitale } ãã	15 gouttes.
Teinture de scille }	
Sirop thébaïque	4 drachmes.
Julep gommeux	2½ onces.

F. S. A. Potion.

Cinquième jour.—L'état est le même, l'agitation fébrile de la nuit plus marquée, la respiratiou plus dyspnéïque.
Trente ventouses sèches sur la poitrine.
Remplacer la limonade par des doses légères de wiskey (grogs), que l'on continuera jusqu'à la fin de la maladie.
Continuer la potion de la veille.

Sulfate de quinine	16 grains.

Sig.—8 grains le matin vers 11 heures, et 8 grains vers 7 heures du soir.

Sixième jour.—La fièvre est à son apogée ainsi que tous les symptômes de la maladie.
Renouveler l'application de ventouses sèches.
Sinapismes aux cuisses.
Donner encore deux doses de 8 grains de sulfate de quinine.
Prescrire une potion stimulante :

R. Acétate d'ammoniaque	1½ drachme.
Eau de vie vieille	1½ once.
Sirop de sucre	6 drachmes.
Eau de mélisse	2 onces.

F. S. A. Potion.

Septième jour.—La défervescence est faite et le malade est guéri. On iendra rapidement à une alimentation substantielle du patient, que pendant te la maladie on aura eu soin de nourrir avec une ou deux pintes de lait par r, du bouillon et du beef-tea.

TALAMON.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - - **Dr J. B. A. LAMARCHE**

Rédacteur en chef : - **Dr E. P. BENOIT**

MONTRÉAL, JANVIER 1897

Prière a nos abonnés de donner avis à l'administration de leur changement de résidence et de tout retard dans la réception ou toute erreur dans l'adresse du Journal.

L'abonnement est payable par mandat-poste, lettre enregistrée ou chèque. Dans ce dernier cas, nos abonnés sont priés de faire accepter leur chèque et de le faire payable au pair à Montréal.

A NOS LECTEURS

L'Union Médicale présente à ses fidèles lecteurs, à l'occasion du nouvel an, ses meilleurs vœux de bonheur et de prospérité.

Avec l'année qui vient de finir, l'Union Médicale termine le premier volume de la nouvelle série, volume de près de 800 pages, illustré, et traitant, comme la table des matières l'indique, des sujets les plus variés. Ce volume, que la rédaction s'est efforcée de rendre intéressant et instructif, ne déparera en aucune façon la table du médecin, ou sa bibliothèque ; la praticien pourra y avoir recours avec fruit quand il voudra se renseigner sur les questions médicales à l'ordre du jour.

La rédaction continuera, dans ce XXVIe volume, à faire tout en son pouvoir pour être utile à ses lecteurs. Elle suivra, dans la répartition de la matière, la même division que par le passé.

Comme on a pu le constater, le nombre des collaborateurs a augmenté l'année dernière, et l'on a accordé aux *travaux originaux* plus d'espace que de coutume. Nous espérons que ce bon mouvement continuera, car ce sont les contributions de nos collaborateurs qui donnent sa valeur à la revue. Nos colonnes sont ouvertes à tout médecin qui voudra bien nous envoyer une observation ou une étude.

La *Revue des Journaux* sera, comme avant, consacrée à la littérature médicale du mois. On y analysera les travaux importants ou d'un intérêt pratique particulier publiés en Europe et en Amérique. Le Dr Lamarche s'occupera tout particulièrement de l'obstétrique, et le Dr Cormier de la pédiatrie. Par la *Revue d'Hygiène*, les lecteurs pourront se tenir au courant des travaux du Conseil d'hygiène de la province.

Quant au *Formulaire*, la rédaction tient à ce qu'il soit moderne et utile. Voilà pourquoi, sortant un peu des donnés ordinaires, elle y mêlera les conseils aux formules, afin de les rendre plus claires et d'en préciser l'emploi. Elle aura soin de ne citer que des autorités, laissant de côté les prescriptions non reconnues.

La dernière partie sera consacrée entièrement aux articles de fond et aux nouvelles. La rédaction traitera dans le *Bulletin Médical*, des questions scientifiques à l'ordre du jour, et s'occupera aussi, comme par le passé, des *Intérêts Professionnels*, discutant sans crainte comme sans parti pris, et demandant avec instance les réformes qu'elle croit justes et raisonnables. D'un autre côté, elle tiendra compte au Bureau des efforts tentés pour améliorer l'état de la profession dans la province. Le *Courrier des Hôpitaux* et la *Chronique* fourniront aux lecteurs les nouvelles médicales du mois.

Ainsi distribué, le plan de la revue plaira, nous l'espérons, à nos lecteurs, que nous remercions bien sincèrement du patronage efficace qu'ils nous accordent avec générosité. Nous avons eu dernièrement un agent collecteur qui nous a causé quelques ennuis, et que nous avons déféré aux tribunaux ; nous verrons à ce que la chose ne se renouvèle pas.

BULLETIN MÉDICAL

La tuberculose pulmonaire devant la commission de la tuberculose.

Cette commission de la tuberculose, nommée par le directeur de l'Assistance publique et présidée par M. le professeur Brouardel, a fait une étude approfondie de la tuberculose pulmonaire dans les hôpitaux de Paris, au point de vue surtout de l'existence de la contagion de malades à malades, et a chargé MM. les Drs Grancher et Thoinot de rédiger le rapport présenté en son nom. C'est ce rapport qne nous analysons aujourd'hui, car il résume d'une manière complète les données de la science sur la tuberculose pulmonaire, et discute certains points traitement qui méritent d'attirer l'attention, du médecin, non seulement dans hôpitaux, mais aussi dans la clientèle de ville. Nous voulons parler surtout la prophylaxie.

La tuberculose pulmonaire, disent MM. Grancher et Thoiuot, est *contagieuse curable*. De là découlent doux conclusions pratiques. La première, c'est empêcher le malade de propager la maladie autour de lui. On y arrive : 1°

par l'isolement ; 2° par l'antiseptie médicale. La seconde, c'est de placer le malade dans les meilleures conditions possibles pour qu'il guérisse. On lui donnera un garde-malade instruit et dévoué ; on le placera dans un milieu hygiénique.

Les rapporteurs discutent naturellement ces questions importantes au point de vue particulier de l'administration des hôpitaux de Paris. Mais la raison des mesures qu'ils conseillent de prendre demeure la même pour tous les malades. L'analyse de ce rapport peut donc offrir un certain intérêt au médecin praticien, qui ne peut que s'intéresser aux idées des médecins experts de Paris sur les mesures à prendre pour établir la prophylaxie et la guérison d'une maladie qui enlève à chaque génération un sixième de la population totale des villes. Ce qu'on voudrait établir dans les hôpitaux, combien plus facilement on l'établira dans les familles.

Villemin a démontré en 1865 que la tuberculose pulmonaire est contagieuse, et que cette contagion s'établit surtout par la poussière des crachats. Koch en 1882 a découvert le bacille tuberculeux. Ce sont là deux faits scientifiques incontestables ; il n'y a pas à revenir là-dessus. Il en résulte que le malade est dangereux pour son entourage *parce qu'il crache*, et que ces crachats contiennent le *germe de la maladie*. Aussi MM. Grancher et Thoinot consacrent la première partie de leur rapport à prouver que, dans les hôpitaux, le tuberculeux doit être soigné à part, parce qu'il faut prendre autour de lui certaines mesures hygiéniques particulières, et surtout, notons bien ceci, parce qu'il lui faut, pour guérir, une aération continue et réglée de jour et de nuit, une alimentation vigoureuse, le repos prolongé et le sommeil. L'isolement, en facilitant le traitement, bénéficie au malade encore plus qu'à son entourage.

Or, si l'isolement est nécessaire dans les hôpitaux, doit-on le négliger dans les familles ? A l'hôpital, il n'y a aucun inconvénient grave à mettre plusieurs tuberculeux dans une même salle, pourvu qu'il n'y ait dans cette salle que des tuberculeux. Mais le danger nous paraît très grand pour le mari et la femme, les parents et les enfants, qui couchent ou vivent dans la même chambre, si l'un d'eux est tuberculeux et *crache*. Aussi dirons-nous avec conviction : dans la famille comme à l'hôpital, le tuberculeux doit être mis à part, et cela dans l'intérêt du malade autant que de la famille.

Doit on entendre par là que le malade doit être séquestré ? Pas le moins du monde. Il doit vivre à part, mais certaines précautions hygiéniques lui permettent de rester en communication avec sa famille ou, à l'hôpital, avec ses compagnons. C'est ce que MM. Grancher et Thoinot considèrent dans la seconde partie de leur rapport, sous le titre d'antiseptie médicale. D'après eux, cette antiseptie doit comprendre, dans les hôpitaux : 1° la substitution du lavage des parquets au balayage à sec et au cirage qui souillent l'atmosphère de germes pathogènes et font ainsi la contagion ; 2° le recueil et la désinfection de tous les crachats ; aucun crachat ne doit tomber sur le plancher, les malades ne doivent expectorer que dans leur crachoir ; tout crachoir avec son contenu doit être désinfecté ; 3° la désinfection de tous les objets à l'usage des malades ; 4° a réforme du mobilier des salles et du vêtement des malades. Ce sont des

mesures d'hygiène administrative dont certains détails deviennent inutiles à domicile, mais elles mettent en évidence le soin nécessaire pour établir la prophylaxie. On ne doit pas balayer, on doit *laver* le plancher; il faut abolir la poussière. *C'est avec la poussière qu'on respire les germes.* Le malade ne doit cracher ni par terre, ni dans son mouchoir, ni simplement dans un crachoir; il doit cracher dans une solution antiseptique que le crachoir contient. *Il faut désinfecter les crachats.* Ce sont deux précautions nécessaires. A part cela, il est bon que les objets dont se sert le malade et ses vêtements *ne traînent pas*, ici et là, mais soient bouillis, lavés ou passés à l'étuve, si c'est possible dès que le malade a cessé de s'en servir. Ces mesures ne sont pas vexatoires; c'est une protection pour les membres de la famille. La commission de la tuberculose est tellement convaincue de leur utilité, qu'elle en recommande fortement la mise en pratique par l'Assistance publique dans les hôpitaux, malgré les frais considérables que ces améliorations entraîneraient.

Dans la troisième partie du rapport, MM. Grancher et Thoinot affirment avec raison que le tuberculeux doit avoir près de lui une personne instruite et dévouée, qui prenne autorité sur lui et le guide dans son traitement. Ils insistent fortement, au nom de la commission, pour que le corps des infirmiers soit réformé et pour que les infirmiers qui deviennent tuberculeux soient enlevés du service. Dans certains hôpitaux où l'on ne prend pas de mesures antiseptiques, le tiers des infirmiers, c'est-à-dire les plus faibles et les plus surmenés, contractent la maladie et en meurent. Dans les familles, que de personnes dévouées ont succombé ainsi, faute de précautions suffisantes pour éviter la contagion! C'est au médecin à signaler les dangers, à conseiller les remèdes, à protéger la vie des personnes qui peuvent lui rendre les plus grands services auprès du malade en appuyant son autorité.

Dans la dernière partie du rapport, MM. Grancher et Thoinot s'occupent de l'assistance des tuberculeux à domicile. La commission suggère de fournir aux malades des crachoirs, de leur faire donner par le médecin les instructions les plus étendues et de surveiller d'une manière sévère l'emploi des précautions antiseptiques.

"Ces réformes, concluent les rapporteurs, sont nécessaires et urgentes. Elles sont conformes à l'état actuel de la science et aux droits de l'humanité."

On ne saurait pas mieux dire. La tuberculose pulmonaire est une maladie très bien étudiée, parfaitement connue, qui cause des ravages énormes. La science a prouvé que le meilleur moyen de protection, c'est l'antiseptie. Ce serait donc une erreur que de se refuser à mettre en pratique les déductions de la science, malgré l'opposition des préjugés et de l'ignorance. Il faut agir, combattre et prouver par les faits. C'est en faisant l'éducation des masses qu'on mettra les populations à l'abri du fléau. C'est une œuvre humanitaire que nous espérons voir avant longtemps s'accomplir au Canada.

COURRIER DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU.

Notes du Dr J. P. ROUX, médecin-interne. (1)

Cet été, à trois mois d'intervalle, nous avons eu à traiter deux cas de tétanos qui se sont terminés heureusement par la guérison. Dans ces deux cas la marche de la maladie n'offre rien de bien particulier, mais comme dans un nous avons employé le sérum antitétanique je rapporterai les deux avec quelques détails.

Le 17 juin, un jeune garçon de 13 ans arrivait à l'Hôtel-Dieu couché dans une voiture et tenu par quatre hommes, tant étaient fréquents et brusques les excès de contractures musculaires. Environ trois semaines auparavant ce jeune homme s'était plaint qu'un clou de sa chaussure le blessait au talon. Le clou enlevé la douleur disparut et aucune attention ne fut portée à cette légère blessure, quand le 14 juin le jeune homme commence à sentir de la raideur dans les muscles masticateurs et les muscles du cou, et de nouveau accuse une petite douleur au talon. Le lendemain la raideur des muscles augmente graduellement, le trismus se confirme et l'arc de l'opisthotonos s'établit. Le 16 commencent les excès de contractures qui se répètent trois fois durant la journée et dans la nuit reviennent tellement répétés et violents que les gens qui en ont charge, épuisés, le saisissent dans une espèce de camisole pour l'empêcher de se heurter et de tomber à bas de son lit. Le 17 sur recommandation d'un médecin qui lui injecte avant de partir ½ grain de morphine, on se décide de l'amener à l'hôpital. A son arrivée le patient peut à peine articuler quelques mots, avale très difficilement, son pouls bât 128 à la minute et sa température est de 102½ degrés. Pour calmer ses convulsions on lui fait respirer un peu de chloroforme et en même temps on lui administre par voie rectale XXX grains de chloral et XX gouttes de laudanum. A l'examen du pied on remarque une légère dépression où siège la douleur; une incision pratiquée à cet endroit ne découvre rien. Des bains chauds phéniqués et des applications chaudes sont prescrits. Pendant la journée du 17 le patient est assez calme et on ne remarque qu'une couple d'attaques de convulsions beaucoup moins fortes. Pendant la nuit les attaques se répètent plus souvent et plus violentes, de nouveau on est obligé de lui donner un peu de chloroforme. Le 18, le malade accuse un mieux sensible, les excès de contractures passent presque inaperçus, la respiration est plus aisée, la déglutition plus facile, le pouls tombe à 115 et la température à 100 1/5. Les jours suivants l'état du patient continue à s'améliorer et le 25 il ne reste du tétanos qu'un peu d'abattement. Le 29, le patient laisse l'hôpital parfaitement guéri. Pour toute médication dans ce premier cas, à part le chloroforme, du chloral et de l'opium à dose décroissante à mesure que les symptômes s'amendent.

Le second cas, un vieillard de 58 ans, un émule du célèbre Mirault, s'était le 18 août enfoncé dans le talon à la profondeur d'un centimètre environ un clou couvert de rouille. Le fameux charlatan s'était traité lui-même avec certains

(1) Ce courrier aurait dû paraître en decembre dernier.

herbages dont il possède le secret, et il allait guérir dit-il, quand soudain il remarque qu'il ne peut plus desserrer ses mâchoires et que le moindre mouvement de la tête lui cause de la douleur. Aussitôt notre homme se prépare des emplâtres, dont il a seul le secret, et assez fortes pour enlever l'épiderme mais les contractures n'en continuent pas moins à augmenter. Alarmé, il fait alors demander un médecin qui voyant l'étendue du danger lui propose de l'amener à l'Hôtel-Dieu. Envoyer à un hôpital pour être soigné par de simples médecins un de ces êtres que la Providence a comblé de toutes espèces de dons surnaturels n'est pas chose facile, il a fallu trois jours pour le décider. Le 10 septembre au soir, cet intéressant personnage fait son apparition à notre hôpital. Les contractures commencées aux muscles des mâchoires et du cou avaient gagné les muscles du dos et du thorax, et le malade cyanosé était menacé de suffocation pendant les excès, sa respiration était de vingt-six à la minute, pouls normal, pas d'élévation de température. Un quart de lavement contenant XXX grains de chloral et ZI de Bromure lui est administré toutes les trois heures, et pendant les excès qui se répètent toutes les deux heures on lui fait respirer un peu de chloroforme pour détendre un peu les muscles de la respiration. Le lendemain son état est toujours le même et après une consultation des médecins de l'hôpital on décide d'essayer le sérum antitétanique, mais sans mettre de côté les autres moyens que la thérapeutique met à notre disposition. Le soir 20 c.c. sont injectés. A la suite de cette injection, le seul phénomène remarqué, c'est que la température prise une heure après avait monté de ½ degré, la respiration, le pouls n'ont pas changé; toutefois pendant la nuit, les excès de suffocation sont moins fréquents et moins forts.

Le lendemain matin nouvelle injection de 30 c.c., pas plus de changement que la veille, les muscles de la respiration seulement semblent céder un peu, le trismus et l'opisthotonos continuent. Le soir du même jour dernière injection de 20 c.c. Et le même tableau se continue, la respiration est plus aisée et ne donne plus que vingt à la minute, mais les autres muscles ne cèdent pas. Le 13, la condition du malade reste la même et il n'est guère en état d'entreprendre un voyage assez long par chemin de fer et par voiture, mais ses parents réunis disent qu'il faut l'amener mourir chez lui au milieu de sa famille, et il n'y a pas d'arguments qui tiennent, on l'empoigne et on se sauve, c'est à peine si on me donne le temps d'écrire un mot au médecin qui doit continuer à le traiter.

J'ai cherché à ovoir de ses nouvelles dans la suite et ce n'est qu'au milieu de novembre que j'ai pu apprendre que durant son voyage les excès de suffocations avaient repris leur intensité, qu'ils se sont continués pendant trois jours, et que ce n'est que le 19 que son état a commencé à s'améliorer sensiblement. Le médecin qui en a eu charge après son départ a continué à le traiter avec de rtes doses de chloral et de bromure.

D'un seul cas on ne peut pas tirer des conclusions d'une grande valeur, mais l m'est permis de donner mon opinion, je crois que ce sérum ne produit pas and effet quand le tétanos est définitivement établi et qu'un médecin ne serait s justifiable de l'employer exclusivement.

30 Novembre 1896.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE.

Pendant que la branche de Montréal de l'Association s'occupe activement à organiser la réunion de l'été prochain, les autorités de l'Association Médicale Britannique, à Londres, semblent être de leur côté très actives. Nous apprenons qu'elles ont adressé des circulaires et des blancs d'application à un grand nombre de médecins du Canada, les invitant à devenir membres de la branche la plus rapprochée du lieu qu'ils habitent. Les branches locales de Montréal (2204, rue Ste Catherine), de Toronto (Dr W. B. Tistle, rue McCaul), de Halifax Dr C C. Jones, 136, rue Hollis), de Victoria B. C. (Dr G. L. Milne) et d'Ottawa (Dr C. P. Dervar) se feront un plaisir de fournir tous les renseignements voulus ainsi que les blancs d'applications aux médecins qui n'ont pas reçu de prospectus.

La branche de l'Association à Ottawa s'est formée le 15 décembre dernier. Nous félicitons sincèrement nos confrères de l'enthousiasme dont ils ont fait preuve en cette circonstance. Le Dr Roddick, président élu, adressa la parole aux 40 médecins présents, dont plus de 30 firent application pour être membres. Le Dr C. R. Church fut nommé président, le Dr L. C. Prévost vice-président, le Dr W. C. Cousens trésorier et le Dr C. P. Dervar secrétaire. Le conseil de cinq se compose des médecins bien connus dont les noms suivent : Sir James Grant, H. P. Wright, W. R. Bell, A. J. Horsey et P. A. MacDougall.

La branche de Toronto a aussi été organisée durant le mois de décembre : Dr J. H. Cameron, président, Dr W. J. Wilson vice-président, Dr Machell trésorier, Dr W. B. Thistle secrétaire, et les Drs Baines, Caven, Sheard, McPhedran et Reeve membres du conseil. Les Drs Wilson, Baines et Caven sont respectivement présidents de la Société de Médecine, de la Société de Clinique et de la Société de Pathologie de Toronto. Cette liste d'officiers actifs et influents prouve que Toronto a bien l'intention de contribuer largement au succès de la réunion.

Nos amis de Québec n'ont pas voulu rester en arrière dans le mouvement général. Le 23 décembre dernier, ils ont organisé une branche de l'Association avec les officiers suivant : Dr Catellier président, Dr Sewell vice-président, Dr Coote trésorier, Dr Marois secrétaire, et conseillers : Drs Parke, Ahern, Vallée, Brochu, Paquin, Mathieu. Nous sommes heureux de voir nos compatriotes prendre une part honorable dans les préparatifs qui se font pour la grande réunion de l'été prochain.

A la réunion annuelle de la branche de Montréal, on a ajouté sur la liste des membres 31 nouveaux noms, et dans les dix jours qui suivirent, les secrétaires ont reçu 40 nouvelles applications.

Nous dirons à nos lecteurs que les médecins qui se feront recevoir membres de l'Association à Montréal ou ailleurs pourront faire transporter leur nom et

se faire inscrire à toute nouvelle branche que l'on formerait dans la localité où ils demeurent. A la dernière réunion de la branche de Montréal, il a été résolu de réduire le montant de la souscription, comprenant l'abonnement d'un an au *Journal Médical Britannique*, à $5.25 pour les membres demeurant en dehors de Montréal et de ses annexes.

Le conseil de ville de Montréal désire beaucup venir en aide à la prochaine réunion, et a ajouté dans ce but un item de $3,000 au projet d'emprunt dont il demande l'autorisation à la législature de Québec.

On pourrait parfaitement donner au numéro du 5 décembre du *Jourual Médical Britannique* le titre de numéro canadien. Il renferme un article très complet sur Montréal, ses institutions médicales (avec gravures, parmi lesquelles nous avons remarqué avec plaisir l'Université Laval), les routes à suivre pour venir au Canada, les excursions projetées (voyage aux chute Niagara, voyage au Saguenay, etc.), ainsi que des articles signés par MM. les Drs G. E. Armstrong, Wyatt Johnson, McTaggart, C. L. Martin, G. H. Mathewson. Nous apprenons que le désir des autorités à Londres avait été d'en faire un numéro plus canadien encore si possible, et qu'elles avaient demandé des articles à des praticiens connus demeurant dans la province. Malheureusement, le temps laissé pour la préparation de ces articles était trop limité pour permettre à un certain nombre de médecins de se rendre à cette aimable invitation.

Parmi les amusements qui seront donnés aux membres de l'Association et à ses hôtes, nous mentionnerons une excursion à Ste Agathe et à la Montagne-Tremblante, dans cette jolie région qui s'étend à 50 milles au nord de Montréal; une promenade de l'après-midi en descendant le fleuve, sur l'un des plus beaux bateaux de la compagnie du Richelieu et Ontario; une excursion semblable à Ste Anne et aux rapides de Lachine; une fête sur la Montagne. Ces amusements seront donnés par la branche de Montréal de l'Association.

Le Musée, qui sera consacré à une exposition d'aliments, d'appareils, de préparations pharmaceutiques, de livres, de tout ce qui peut enfin offrir un intérêt spécial aux médecins, promet d'être l'une des choses importantes de la prochaine réunion Le comité du musée est autorisé à dépenser $1,000 pour disposer convenablement le rond à patiner Victoria. C'est l'édifice le plus grand et le plus convenable qu'on ait pu trouver, et l'on fera de telle sorte que l'exposition soit intéressante, non seulement pour les médecins, mais pour le public en général

Déjà les principaux manufacturiers d'appareils médicaux, tant en Angleterre qu'aux Etats-Unis, demandent des renseignements fréquents sur le musée qui promet de revêtir un caractère international. Les principales maisons d'Angleterre et de France désirant introduire leurs produits en Amérique, et les maisons américaines désirant faire connaître aux visiteurs étrangers la valeur e leurs marchandises, l'on peut être sûr qu'il y aura compétition et que, selon utes les probabilités, l'exposition sera remarquable.

Nous ajouterons, comme dernière nouvelle, et non des moins importantes, ie le comité fait tout en son pouvoir pour obtenir la présence à la réunion de édecins français distingués. C'est tout ce que nous pouvons dire pour le moent, mais nous'espérons, pour le plus grand plaisir de nos lecteurs, que les

projets du comité réussiront, ce qui nous fournirait l'occasion, entre autres choses, d'entendre un discours prononcé par M. le professeur Brouardel, que tout le monde connaît de réputation dans cette province.

Nous terminerons en engageant fortement nos lecteurs à se faire recevoir membres de l'Association Médicale Britannique pour 1897. L'assemblée du mois d'août sera un très grand succès, nous n'en doutons pas, et personne ne regrettera le temps et l'argent consacrés à cette réunion. Ceux de nos lecteurs qui veulent se faire recevoir membres n'ont qu'à écrire au secrétaire de la branche de Montréal, le Dr J. A. Springle, 2204, rue Ste Catherine, pour avoir un blanc d'application. Nous nous chargerons aussi volontiers d'en envoyer aux médecins qui nous en demanderons. La souscription devient due quand le médecin reçoit avis qu'il est reçu membre. Il est de la plus grande importance de faire application au commencement de l'année, a cause de l'expédition du *Journal Médical Britannique.*

Publications du PROGRÈS MÉDICAL, Paris.—14 Rue des Carmes, Paris.

CHARCOT.—**La Foi qui guérit**, par J.-M. CHARCOT —Tome VIII de la Bibliothèque diabolique, in-8° de 48 pages.—Papier vélin, prix : 2 fr. ;—papier Hollande, prix : 3 fr. 50 ;—papier Japon, prix : 4 fr.

Nous accusons réception d'un numéro d'une nouvelle Revue Médicale Anglaise, publiée à Toronto, qui a pour titre : *The Canadian Journal of Medecine and Surgery.* Nous lui souhaitons tous les succès possibles et une longue vie.

Il y a eu cet automne, dans la province de Québec, beaucoup de diphtérie, de rougeole, de scarlatine, de coqueluche. Des collèges, des couvents et des écoles ont eté obligés de fermer. Et cependant il y a encore beaucoup de familles qui s'obstinent, quand il y a de la maladie chez eux, à aller visiter ou à recevoir tous leurs parents et connaissances, ce qui fait que la maladie se répand avec rapidité. C'est bien malheureux !

Nous continuons dans ce numéro la publication des études médico-légales de M. le Dr George Villeneuve. Dans le présent article, l'auteur a remanié et complété la thèse que nous avions publiée en 1895, et qui, ainsi agrandie d'après notre nouveau format, paraîtra plus tard en volume avec les articles subséquents, qui traiteront de l'expertise et de l'internement des aliénés.

Un certain nombre de spécialistes distingués et de délégués de divers gouvernements se réuniront à Berlin, en Allemagne, au mois d'octobre 1897, pour discuter sur l'augmentation lente et sûre de la lèpre et les mesures à prendre pour empêcher l'extension de la maladie. La conférence avait été convoquée pour le mois de mars 1897, mais le gouvernement britannique ayant envoyé le professeur Robert Koch en expédition scientifique dans l'Afrique du Sud, la conférence a été remise au mois d'octobre.

Les membres du comité d'organisation sont MM. Armauer Hanse (Bergen, Norwège), Robert Koch et A. Lassar (Berlin). M. Ed. Ehlers, de Copenhague, est secrétaire du comité.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAUMATISME GRAVE DE L'ORBITE AYANT INTÉRESSÉ LES SINUS MAXILLAIRE, ETHMOÏDAL ET SPHÉNOÏDAL

Par le professeur FOUCHER

Quoique les traumatismes des parois de l'orbite soient des accidents qui se présentent assez fréquemment au cours de la pratique, il y en a qui offrent des particularités remarquables.—Le cas suivant est de ce nombre, il nous a paru offrir plusieurs points de vue intéressants.

M. A. B., cultivateur âgé de 51 ans, était occupé à abattre un arbre, le 18 février 1893, lorsqu'une branche vint le frapper à la région de l'œil et l'étendit sur le sol, privé de connaissance. Le patient ignore combien de temps il est resté ainsi, mais, quoiqu'affaibli par une perte de sang abondante, il put reprendre le chemin de sa maison en laissant sur la neige une trace de sang indiquant son passage.

Il ne tarda pas à s'affaisser de nouveau, épuisé de fatigue, et fut ramassé par quelqu'un, qui heureusement passait par là, et ramené chez lui exsangue et à moitié gelé. Un médecin appelé en toute hâte prodigua les soins nécessaires et constata une large blessure en dessous de l'œil. Un gonflement s'y était déjà produit, mais le médecin put apercevoir l'extrémité libre d'une branche qui

s'enfonçait dans l'orbite et en fit l'extraction. Ce morceau, représenté ci-après, mesure 8 centimètres de long sur à peu près deux centimètres dans son plus grand diamètre. Des pansements consécutifs ont été faits, mais la plaie, large et profonde, est devenue le siège d'une suppuration abondante et fétide. C'est dans cet état que le patient nous a été amené, le 8 février 1896, trois années après la date de l'accident.

Voici ce qui a été constaté au moment de son admission dans notre service à l'hôpital Notre-Dame : large ouverture à la partie inférieure de l'orbite, laissant échapper un pus sanieux fétide en grande abondance. Ectropion de la paupière inférieure, dénudation de la paroi inférieure de l'orbite, enfoncement de

Copeaux de bois enlevés ; grandeur naturelle.

cette paroi dans le sinus maxillaire. La sonde rencontre là des masses molles qui saignent facilement. Prolongée directement en arrière, elle s'étend très loin dans la direction du sphénoïde, vers le centre du sinus. La sonde butte vers cet endroit sur des parois rugueuses donnant la sensation d'os dénudés. L'acuité visuelle est normale des deux côtés. Traitement : lavages de la cavité avec solution de cyanure de mercure, tamponnement à la gaze iodoformée ; renouvelé 2 fois par jour. Après deux semaines de traitement, la suppuration continuant aussi abondante qu'auparavant, le patient fut chloroformisé, le sinus maxillaire plus largement ouvert et curetté de masses de tissu granuleux. Lavages et tamponnement à la gaze iodoformée continués. Pendant que l'on pratique un de ces lavages l'injection déplace un petit morceau de bois du fond de la plaie. Ceci nous donne à penser que d'autres corps étrangers logés profondément dans l'orbite entretiennent la suppuration. Le sinus maxillaire est exploré de nouveau avec la curette sans y rien trouver d'anormal, la partie postérieure de la plaie orbitaire est sondée et l'on découvre un corps rugueux mobile, semblant avoir une attache très profonde vers le sommet de l'orbite. A l'aide d'une pince, en opérant des tractions modérées de va et vient, nous apportons au dehors un autre copeau de bois de deux centimètres de long sur 4 millimètres de diamètre.

Une nouvelle application de la sonde fait constater la présence d'un autre corps rugueux moins mobile que le précédent mais lui ressemblant par le degré de consistance. Craignant de produire des déchirures graves en enlevant ce corps étranger de force, craignant surtout qu'il s'agisse cette fois d'un sequestre de nécrose intéressant la base du crâne, nous avons fait continuer les pansements antiseptiques de la plaie. Quelques jours plus tard, en constatant que le corps étranger était devenu plus mobile, nous en avons opéré l'extraction, avec quelque difficulté, mais sans accident autre qu'une légère hémorrhagie qui n'a pas tardé à s'arrêter. Il s'agissait cette fois encore d'un copeau de bois mais plus volumineux que le précédent, il mesure 3 centimètres de long sur à peu près 5 à 7 millimètres de diamètre. La sonde appliquée dans le fond de la plaie ne donna plus la sensation de corps étranger. En mesurant du bord antérieur et inférieur de l'orbite au fond de la plaie, l'espace occupé par la sonde mesure 6 centimètres, sa direction est d'arrière en avant, de dehors en dedans, sur un plan presque horizontal avec le bord inférieur de l'orbite.

Le traumatisme a donc intéressé la voute du sinus maxillaire, le massif de l'ethmoïde et en dernier lieu le sinus sphénoïdal à la face interne duquel le corps étranger a été s'arrêter.

Les pansements furent continués comme auparavant et il s'opéra en peu de jours un changement notable, l'odeur de putréfaction disparut, la suppuration devint moins abondante, bref le patient était en voie de guérison rapide, lorsque le 22 mars la température s'éleva tout à coup à 104° F., annonçant le début d'un érysipèle de la face. Un injection de sérum de Marmoreck, pour la première fois employée à Montréal, semble avoir produit d'heureux résultats. Le patient a recouvré rapidement ses forces et quelques semaines plus tard, la plaie ne suppurant pas, il est retourné dans sa famille pour s'en rapporter à son médecin habituel pour le reste du traitement. Il nous est revenu en octobre dernier, au bout de six mois, dans les conditions suivantes : la plaie orbitaire est encore largement ouverte quoique réduite de dimension, les bords sont nets, le fond de la plaie, examinée au spéculum, est rose ; la sonde ne découvre nulle part de portions osseuses nécrosées. Les pièces de pansements ne sentent pas mauvais en les enlevant, il y a un peu de sécretion muco-purulente. L'acuité visuelle de l'œil gauche a baissé à 20/70, de normale qu'elle était en janvier dernier ; il n'y a pas trace de névrite optique, mais il s'est produit un astigmatisme oblique de six dioptries, selon la règle, ce qui explique suffisamment le changement remarquable survenu dans l'état de la vision.

En résumé, l'intérêt qui se rattache à ce cas tient aux faits suivants : le corps étranger vulnérant était de forme irrégulière, de gros volume, projeté avec force dans l'orbite et il a fait son chemin en labourant les parois osseuses de l'orbite sans pénétrer dans le cerveau, sans même léser ni les vaisseaux importants qui se distribuent à l'œil, ni les nerfs, ni les muscles, sans entraîner d'infection secondaire ni du côté du globe de l'œil, ni des méninges, ni du côté des vaisseaux (thrombophlébite). Enfin, le patient a échappé au danger d'une hémorrhagie, d'une congélation, d'une attaque d'érysipèle de la face. Si aujourd'hui, quatre années après l'accident, l'œil commence à se ressentir d'un aussi

grave traumatisme, ce n'est pas parce que l'inflammation et l'infection se sont propagées à cet organe, il a résisté à ces assauts prolongés, mais c'est uniquement parce que l'affaissement du plancher de l'orbite, et les tiraillements imprimés à l'œil et aux paupières du côté lésé ont déterminé une pression sur le globe de l'œil et changé le rapport de la réfraction des différents méridiens de la cornée et aussi parce que les deux lignes visuelles ne peuvent plus concourir au même point de mire, d'où diplopie gênante et amblyopie consécutive. De là l'impossibilité de corriger pratiquement l'astigmatisme et même la nécessité d'exclure cet œil de la vision binoculaire. C'est pourquoi nous avons accolé les paupières ensemble dans une certaine étendue, et aussi dans le but de lutter contre l'ectropion de la paupière inférieure et de protéger la cornée contre les influences nuisibles extérieures.

APPENDICITOMIE

Par le Dr A. CHARBONNEAU, d'Ogdensburg. N. Y.

Un cas récent d'appendicite que j'eus à traiter en consultation avec mon frère, me mit en mémoire un article paru dans l'*Union Médicale.* (Mars 1894.)

M. le Dr Benoit, de St-Albert, T. N. O., l'auteur du dit article, parle du traitement médical de l'appendicite sub-aiguë et tend à prouver qu'on peut guérir définitivement un cas authentique d'appendicite seulement par l'emploi des opiacés, des lavements et des compresses froides. Je ne nie pas que M. le Dr Benoit, dans le cas rapporté, fut particulièrement heureux et je l'en félicite cordialement ; mais la guérison si heureusement obtenue s'est-elle maintenue ? Voilà le point à élucider ; point difficile à éclaircir si le Dr Benoit a perdu son malade de vue.

Disons d'abord un mot du traitement médical. Que peut bien faire l'opium dans ces cas ? sinon masquer cette maladie, ce vert rongeur qui finit presque toujours par triompher de la vie de sa victime si nous n'intervenons pas énergiquement. Ici je rappellerai les deux définitions que M. le Dr Robert T. Morris du *Post-Graduate* de New-York, donne de l'opium :

1° " Une drogue qui stupéfie plus le médecin qui la donne que le patient qui la prend."

2° " Une drogue qui généralement soulage la détresse du médecin, qui sans elle serait forcé de faire quelque chose de rationnel pour le patient qui a mis sa confiance en lui."

Donc inutile d'attendre une guérison avec l'opium. C'est bien l'idée que je m'étais formée de son emploi dans les cas d'appendicite. Les compresses froides et les lavements sont certainement plus rationnels ; car tous les deux tendent à diminuer l'inflammation, les premières par action directe, les seconds par dérivation, et peuvent quelquefois retarder la suppuration ; c'est bien là tout le bien qu'on peut en attendre. Souvent, il est vrai, nous sommes réduits à ne

donner que du soulagement; mais ce n'est pas là le but ultime de nos connaissances. Nous devons toujours tendre à produire une guérison permanente, et dans ces cas, nous ne pouvons l'obtenir que par une intervention sanglante. Et je citerai à l'appui de cet avancé, la conclusion du travail du Dr Courtois-Suffit. (Traité de Med., III page 484) sur l'appendicite :

" L'appendicite, dit-il, est *complètement passée dans le domaine de la chirurgie.*" M. le Dr Benoit, qui cite le même ouvrage, n'avait donc pas lu cette conclusion lorsqu'il écrivit : " Notre but était de prouver, à l'aide d'un cas de notre pratique, que l'on pouvait être très malade d'une appendicite et en réchapper sans une intervention chirurgicale." Oui, sans doute, d'une première, d'une seconde attaque et plus ; mais ce n'est pas sans faire courir les plus grands dangers à notre malade et encore nous ne pouvons jamais affirmer qu'il n'y aura pas de récidive. Guérison permanente et radicale, voilà le but que nous devons atteindre.

Quand devons-nous opérer ? aujourd'hui tous les chirurgiens s'accordent à dire que les chances de succès sont d'autant plus grandes que nous opérons de bonne heure et même selon le *British Medical Journal*, l'opération précoce donne au malade son unique chance de guérison. C'est tout-à-fait rationnel; car les adhérences qui se produisent généralement dans ces cas, seront d'autant plus fortes et par conséquent, d'autant plus difficiles à rompre que nous aurons laissé les attaques se répéter plus souvent. Toutefois nous est-il toujours loisible d'opérer de bonne heure ? Non ; car souvent il est très difficile d'obtenir le consentement du malade surtout lors d'une première attaque. Le cas que nous eûmes à traiter, mon frère et moi, nous en fournit un exemple :

Il y a dix-huit mois passés, M. F. T., se présentait à notre bureau se plaignant de douleurs fixes dans la fosse iliaque droite, douleurs qu'il avait déjà ressenties auparavant, mais qui n'avaient pas nécessité le secours d'aucun médecin. Nous l'examinâmes attentivement et nous tombâmes d'accord sur le diagnostic : Appendicite. Nous l'avisâmes alors qu'il ne pouvait espérer une guérison sans se soumettre à une opération ; mais notre malade ne voulut pas y consentir. Nous étions donc réduits à le traiter médicalement, ce que nous fîmes avec succès apparent, car deux mois après notre malade souffrait d'une seconde attaque ; même traitement médical, même succès apparent. Une troisième attaque survint, notre malade cette fois consulte un autre médecin qui promit de le guérir et il le fit ; mais temporairement. Une quatrième attaque survint, notre malade alla encore une fois demander la guérison à un autre médecin qui le traita avec le même résultat ; mais les attaques, comme nous le lui avions prédit, se répétaient de plus en plus fortes et sévères. Enfin une cinquième attaque survint encore plus sévère que ses sœurs aînées et notre malade cette fois-ci, comme l'enfant prodigue, revint nous demander une guérison par n'importe quel moyen en notre pouvoir. C'était le 28 novembre dernier. Nous l'examinâmes de nouveau et décidâmes sur le champ de l'opérer. Nous pouvions parfaitement sentir à la palpation que l'appendice était plus volumineux sans toutefois être immobile. Nous l'opérâmes avec succès le 1er décembre. L'opération fut des plus faciles ; car comme nous nous y attendions, nous ne

trouvâmes aucune adhérence ; nous pûmes alors facilement attirer l'appendice et le cœcum à travers notre petite incision abdominale, ligaturer le mésentère et l'appendice séparément ; puis enterrer le moignon de l'appendice dans les parois du cœcum. Notre malade fit une convalescence non interrompue sans que la température ne s'élèvât plus que d'un demi degré les deux premiers jours. Et aujourd'hui, quinzième jour après l'opération, notre malade commence à marcher dans sa maison et mange à table avec sa famille sans ressentir la moindre douleur.

Maintenant dans quelle condition avons-nous trouvé l'appendice ? Que serait-il advenu sans une opération ?

Avant de répondre à ces deux questions disons un mot de l'anatomie de l'appendice. Le Dr J. A. Fort, (Anat. III, page 207) le décrit ainsi : " L'appendice vermiculaire du cœcum est un petit cordon, vestige du pédicule de la vésicule ombilicale du fœtus ; il est fixé au sommet du cœcum et renversé tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Il est presque toujours appliqué contre le muscle iliaque. Cet appendice, ordinairement creux—trop heureux mortels, s'il ne l'était jamais—communique avec l'intérieur du cœcum par un orifice plus ou moins étroit. La longueur varie depuis 4 à 10 centimètres." A lire cette description sommaire, on a l'idée d'une véritable queue attachée au cœcum ; il a certainement cette apparence ; mais Fort oublie de dire que le péritoine recouvre cette queue à la manière d'un voile, lui formant ainsi un mésentère presque restreignant ainsi sa mobilité. Toutefois le point important à noter et sur lequel j'attire spécialement l'attention, c'est que l'appendice n'est en rapport avec le cœcum que par sa base et que, par conséquent, dans le cas que nous opérâmes, nous n'aurions jamais pu obtenir l'heureux résultat que le Dr Benoit obtint avec son patient ; résultat d'ailleurs qu'il explique en disant : "Il y a probablement eu un abcès qui s'est vidé dans l'intestin." Je suis porté à croire que l'explication est juste ; mais si cet abcès causé probablement par la présence d'un corps étranger dans le canal de l'appendice, s'est vidé dans l'intestin, c'est que ce corps étranger fut chassé du canal de l'appendice par la même porte par laquelle il y était entré ; sinon l'abcès se serait ouvert dans le péritoine et aurait causé une péritonite fatale. C'est bien du moins ce qui serait arrivé dans le cas que nous opérâmes. L'appendice était rétréci à son milieu et présentait l'aspect d'un bout de saucisse que le boucher aurait étranglé au milieu afin de former deux parties égales et distinctes. Il existait au milieu de l'appendice une stricture très forte qui oblitérait entièrement la lumière du canal de l'appendice et empêchait toute sécrétion d'en sortir. Cette stricture, causée probablement par la présence intérieure d'un corps étranger (car je n'en trouvai aucun) s'était progressivement rétrécie : d'où explication des attaques répétées et toujours suivies d'amélioration passagère. La stricture avait cédé devant la pression exercée par les sécrétions accumulée dans la cavité de l'appendice ; mais maintenant cette stricture était arrivée à un degré de résistance telle qu'elle n'aurait jamis plus laissé s'échapper les sécrétions accumulées dans le canal de l'appendice ; du moins j'essayai en vain d'expulser par une pression digitale très forte le liquide que cet appendice contenait. Que serait-il donc arrivé

dans ce cas ? M. Talamon (Traité de Méd. III, page 476), m'en donne une explication très claire et très précise. " Les microbes, dit-il, qui existent en permanence à la surface de la muqueuse, pullulent et se multiplient dans le liquide stagnant de l'appendice oblitéré comme dans un vase clos. Ces microbes inoffensifs à l'état normal et impuissants contre des éléments sains, triomphent sans peine de ces éléments privés du liquide nourricier, ils pullulent de proche en proche, détruisant et ulcérant à mesure les parois de l'appendice et par un ou plusieurs points finissent par les perforer et par faire irruption dans le péritoine." Voilà le dénouement fatal que nous évitâmes par une opération mais que nous n'aurions jamais pu enrayer par aucun traitement médical.

Je termine en citant de nouveau le Dr Morris. " Ce sujet d'appendicite, dit-il, m'est très sensible. De mes amis sont morts à la fleur de l'âge parce que leurs médecins attendaient pour voir s'ils ne prendraient pas de mieux sans une opération. Quand ils furent un peu plus mal, ils eurent des consultations avec des confrères et ces confrères donnèrent bon courage et espoir à leurs familles anxieuses en décrivant des cas semblables qui avaient fait la plus belle guérison. Finalement quand mes amis étaint morts, le médecin disait : Voilà ! " Ceux-là étaient des cas pour une opération précoce ! " Donc dans tous les cas d'appendicite n'oublions pas d'opérer de bonne heure et nous n'aurons jamais à regretter d'avoir manqué à notre noble mission.

15 Décembre 1896.

UN CAS DE THYROIDECTOMIE PARTIELLE

Par le Dr O. F. MERCIER, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame.

Vers la fin de juin 1896, Melle G..... vint à mon cabinet me consulter, sur la recommandation de mon excellent ami le docteur Trudeau, qui me l'envoyait pour lui faire enlever un énorme goître kystique, situé du côté droit et ayant englobé tout ce lobe de la glande thyroïde jusqu'à l'isthme lui-même.

Melle G..... avait déjà subit autrefois une amputation du sein gauche pour des kystes de la mamelle, opération qui avait parfaitement réussi, à part une légère suppuration qui avait pris quelques mois à se tarir ; mais dans ces temps datant de peu mais cependant si éloignés déjà, les cancers guérissaient beaucoup mieux après une bonne et louable suppuration : du moins le disait-on.

D'un commun accord, nous fixâmes la date de l'opération pour le commencement de septembre.

Le goître ne causait aucune gêne à la respiration ; cependant je n'eus aucune hésitation à proposer l'opération, quoique la dyspuée en soit bien la principale indication.

La tumeur s'était développée réellement outre mesure, mesurant pas moins de quatre pouces par deux, avec une épaisseur égale à sa largeur, s'étendant de

l'angle du maxillaire inférieur jusqu'à l'extrémité interne de la clavicule, derrière laquelle elle se prolongeait un peu. Ce n'était pas par conséquent un ornement pour Melle G..... qui malgré ses 44 ans était encore très soucieuse de son apparence. De plus, depuis plus d'un an elle avait de la tachycardie, accompagnée d'une excitabilité nerveuse excessive. Des frissons répétés qu'elle attribuait à sa tumeur lui causaient aussi un ennui considérable. Le développement du kyste, malgré toutes sortes de traitements se continuait quand même, et la malade, prête à tout, à courir tous les risques possibles, insistait avec beaucoup d'instances pour se faire opérer.

Je pratiquai l'opération le 2 septembre, la malade étant entrée à l'hôpital Notre-Dame depuis deux ou trois jours.

La malade étant bien sous l'influence du chloroforme, je pratiquai une longue incision en L descendant à environ ½ pouce en avant de la jugulaire externe, puis, rendue près de la clavicule, tournant horizontalement et longeant à environ ½ pouce la clavicule jusqu'à son extrémité interne. Je pus de la sorte avoir un vaste champ opératoire en même temps qu'une incision ne devant pas plus tard laisser beaucoup de trace.

La dissection de ce lambeau cutané fut des plus faciles, je n'eus qu'une chose à éviter : la jugulaire externe, chose qui d'ailleurs se fit aisément.

Ayant ensuite incisé et disséqué le paucier, le goître kystique me présente toute sa surface externe qui m'apparaît enveloppée de veines de tous calibres, dont la principale, la jugulaire interne, est appliquée tout le long de la partie postérieure de la tumeur. De suite je m'attaque à cette veine que je recule en arrière après l'avoir libérée, et séparée de plusieurs petites veines qui y prenaient leur naissance.

Je me mets alors à détacher la tumeur elle-même, en commençant par sa partie supérieure. J'atteins assez facilement la thyroïdienne supérieure que je coupe entre deux pinces, et je continue la dissection qui devient de plus en plus difficile à cause de la quantité si considérable de veines ou de veinules qu'il me faut couper.

Pour pratiquer mon hémostase, j'essaie de ligaturer au fur et à mesure les vaisseaux que je coupe, mais j'abandonne vite ce procédé, une couple de ligatures ayant échappé ; je me sers alors de préférence de pinces hémostatiques, à l'aide desquelles l'opération se pratique beaucoup plus facilement et plus rapidement. Je sectionne tous les vaisseaux entre deux pinces, opérant ainsi tout le temps presqu'à blanc. Le seul désavantage des pinces c'est d'encombrer quelque peu le champ opératoire, mais cet embarras, pour celui qui se sert habituellement de pinces, est peu important ; en compensation on a l'avantage d'opérer beaucoup plus rapidement et avec beaucoup plus de sûreté, étant certain que les pinces n'échapperont pas, comme le font si souvent les fils. J'ai eu dans ce cas au moins 25 pinces à la fois dans le champ opératoire, et je n'en ai été que très peu embarrassé.

Enfin je pince et coupe la thyroïdienne inférieure, et je complète ma dissection devenue facile, jusqu'à l'isthme de la glande que j'étreins d'un fil de soie, en arrière duquel je coupe et enlève mon kyste complètement libéré. Après

avoir mis des ligatures à la soie à la place de mes pinces, je referme en partie la plaie laissant une ouverture d'environ un pouce, à l'extrémité inférieure pour pouvoir tamponner à la gaze iodoformée ce coin qui saigne quelque peu.

La guérison s'est effectuée sans encombre à part un léger suintement de sang les premiers jours, qui ne m'a d'ailleurs causé en aucun temps la moindre crainte. Cependant la petite ouverture où j'avais mis le tampon a bien dû nécessairement se refermer par granulation, cè qui a pris un temps bien long, et qui s'explique par l'élimination devenue nécessaire de tous les fils à ligature que j'avais laissés dans la plaie. Malgré cette suppuration très longue, il n'y eut en aucun temps de symptômes inflammatoires, et la température ne s'est jamais élevée au-dessus de la normale.

L'état général de la patiente a toujours été bon tout le temps de sa convalescence. Un seul moment, après sa sortie de l'hôpital, elle eut un léger malaise que j'ai attribué à un refroidissement qu'elle aurait pris pendant son déplacement. La seule chose qui m'a donné un peu d'inquiétude, c'est un léger enrouement qui s'était montré immédiatement après l'opération, et qui a continué avec une tenacité réellement décourageante. Néanmoins la malade a toujours pu parler facilement et d'une manière tout-à-fait intelligible. J'ai attribué ce symptôme aux tiraillements que j'aurais pu avoir exercés sur le glosso-pharyngien que je n'ai pas vu d'ailleurs au cours de l'opération et que je n'ai certainement pas coupé.

J'ai revu mon opérée dernièrement, il y a environ huit jours. La fistulette qui était resée après l'opération suinte encore un tout petit peu, deux fils en étaient encore sortis la semaine précédente. A part cela Melle G..... est parfaitement bien, elle a pris de l'embonpoint d'une manière notable, embonpoint que j'ai bien pris garde de confondre avec le myxœdème qui chez elle n'existe certainement pas. Sa voix a recouvré toute sa perfection. L'appétit est excellent, le pouls est bien moins agité, et, me dit-elle : les sensations d'angoisse et les frissons qu'elle éprouvait avant d'être opérée, tout cela est complètement disparu.

La cicatrice est bien peu apparente. La branche descendante se trouve cachée par les plis du cou, et la branche horizontale par le faux col et la cravate.

Enfin, si tout continue de la sorte, je crois que l'opération aura parfaitement réussi.

Montréal, 21 Décembre 1896.

M. Innis, d'après le *Medical Record*, dit que l'essence de térébenthine, appliquée sur les brûlures aux 3 premiers degrés, soulage presque instantanément la douleur. D'après l'expérience de l'auteur, la brûlure guérit beaucoup plus rapidement qu'avec tout autre traitement. Il recouvre la partie brûlée d'une couche mince de ouate stérilisée qu'il tient imbibée d'essence de térébenthine du commerce. Quelques tours de bande immobilisent le pansement. S'il y a des ampoules, il les ouvre le second ou le troisième jour. Il recommande aussi de faire en sorte, si possible, que l'essence ne viennent pas au contact des parties saines de la peau ; elle pourrait y produire une irritation.

DE L'EMPLOI DES CULTURES ATTÉNUÉES

COMME MOYEN D'ÉVITER LES PSEUDO-RÉACTIONS DANS LE SÉRO-DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR LA MÉTHODE DU SANG DESSÉCHÉ. (1)

Par le Dr WYATT-JOHNSON, Bacteriologiste du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

Dans le cours de nos études sur le séro-diagnostic faites avec le Dr McTaggart, nous avons dernièrement rencontré une série de réactions partielles particulières dans lesquelles la solution du sang desséché provenant de personnes saines nous a donné une agglutination très marquée. Nous avons trouvé en outre que le sérum du sang de ces mêmes personnes était bien moins susceptible de produire ces pseudo-réactions. Ceci rendait moins facile l'exclusion des autres maladies fébriles, et comme, dans le séro-diagnostic, l'exactitude du résultat négatif est d'une importance pratique très grande, les personnes qui pourraient rencontrer des pseudo-réactions semblables seront peut-être heureuses d'apprendre comment on peut les éviter.

Nous n'avions pas rencontré ces pseudo-réactions avec les premiers cas expérimentés, alors que nous employions des cultures atténuées. Elles firent leur apparition durant le court espace où nous employâmes des cultures virulentes, et disparurent de nouveau quand nous reprîmes l'usage des cultures atténuées. Conséquemment, les cultures actives virulentes, intensifiées par des transplantations journalières et des cultures à la température du corps humain, ne sont pas favorables pour le séro-diagnostic avec le sang desséché. Là où l'on a employé que des cultures actives nous ne croyons pas que la méthode de diagnostic par le sang desséché ait reçu une épreuve satisfaisante.

L'explication de ceci, c'est que le sérum semble contenir relativement moins de substances causant l'agglutination que la solution du sang entier. Voila pourquoi les solutions de sang complet réagissent avec plus d'intensité à l'épreuve que les solutions de sérum sanguin seul. C'est tout juste le contraire de ce que nous attendions.

Nous trouvons que les vieilles cultures de laboratoire, conservées à la température de la chambre et transplantées à des intervalles d'un mois, nous donnent les meilleurs résultats. Les bouillons de culture ensemencés avec ce matériel et cultivées pendant 12 à 24 heures à la température du corps humain réagissent d'une manière décisive avec des solutions de sang typhoïde ou de sérum typhoïde, et la réaction règle générale est bien marquée au bout de 15 mi-

(1) Lettre circulaire adressée au président du Conseil d'Hygiène de la Province.

nutes. Ces mêmes cultures, avec des solutions de sérum ou de sang non typhoïde, ne donnent pas de réaction même après 24 à 48 heures de contact. Une injection intra-péritonéale de 1 c. c. de ce même bouillon actif de culture produit chez les cochons d'Inde une réaction sanguine marquée et l'immunité sans presque déranger la santé. Nous trouvons que l'on obtient les meilleurs résultats dans les cas de sang desséché avec les cultures où le mouvement, vu sous le microscope, a un caractère glissant et rapide, sans mouvements fuyants (mouvements de dard). Si le mouvement est lent à cause de la trop grande atténuation de la culture, quelques transplantations journalières à la température du corps humain le rendra plus actif. Nous n'avons pas trouvé qu'il est nécessaire de calculer le degré exact de dilution, dans les recherches habituelles de diagnostic, quand on emploie des cultures atténuées. La coloration légère de la goutte qu'on examine indique généralement une force suffisante. La solution ne doit pas être épaisse et visqueuse.

Tous les résultats que j'ai rapportés (*New-York Medical Journal*, 31 oct. 1896, et *British Medical Journal*, 5 déc. 1896), ont été obtenus avec des cultures atténuées. Nous avons préparé un rapport technique plus détaillé que nous enverrons à ceux qui désirent des renseignements plus précis.

N. D. L. R.—L'auteur désire citer un fait qu'il ignorait d'abord, c'est que Widal, dans ses premières expériences, établit que du sérum possédait encore après quatre mois de dessication ses propriétés agglutinatives. La bibliographie parue en Amérique n'avait pas jusqu'à dernièrement publié ce fait, qui n'était pas non plus signalé dans les articles du *Bulletin Médical* et de la *Semaine Médicale* consultés par l'auteur.

Le docteur Yersin, l'auteur du sérum anti-pesteux, est revenu en France chercher l'argent dont il a besoin pour poursuivre ses expériences. Il faut espérer qu'on ne refusera pas à ce savant les moyens de mener à bonne fin son œuvre humanitaire.

La teinture d'aloès trouve son application dans les cas de petites ulcérations (Coffin). Après avoir nettoyé et désinfecté l'ulcère, on le badigeonne avec la teinture d'aloès et on laisse sécher une demi-heure. Puis on applique le pansement consistant en un morceau de gutta percha laminé, de l'ouate et une bande. Le pansement est renouvelé après quatre jours. L'application de teinture d'aloès n'est douloureuse que durant les premiers moments.

Fermentations gastro-intestinales :

Résorcine bi-sublimée..... 30 grs.
Eau cloroformée..... .... 5 onces.

Une cuillerée à bouche trois fois par jour.

D'après M. le docteur Frank Elvy (d'Eastbourne), il suffirait pour faire avorter un refroidissement aigu, de pratiquer dès le début de cette affection une injection sous-cutanée d'un demi-milligramme d'atropine et de $\frac{1}{6}$ gr. de morphine. Quelques minutes après, la pituitaire deviendrait complètement sèche et l'irritation de la gorge, les douleurs frontales et en général tous les symptômes morbides disparaîtraient définitivement dans le plupart des cas.

LE SECOND CONGRÈS MÉDICAL

PAN AMÉRICAIN.

Mexico, 16, 17, 18, 19 novembre 1896.

Section d'obstétrique et de chirurgie abdominale.

RÉSUMÉ DES TRAVAUX.

(*Suite et fin.*)

SOINS ET TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE Dr CLARK (Etats-Unis).

Dans les cas où la poche fœtale est située dans la cavité de l'abdomen, l'urgence de l'intervention chirurgicale ne s'impose généralement pas.

Dans les cas de grossesse extra-utérine au début, l'application des courants galvaniques ou faradiques peut arrêter la vie fœtale et favoriser l'absorption du produit.

La probabilité de la rupture du sac ou d'une artère est si imminente, surtout après le troisième mois, et le danger si grand du choc, de l'hémorrhagie ou de la septicémie consécutifs, qu'il faut toujours se tenir prêt à faire une laparatomie.

Quand la rupture survient et l'enfant continue à se développer, il faut agir suivant les circonstances.

Si la vie fœtale n'a pas dépassé le troisième mois, on doit conseiller d'enlever le fœtus par cœliotomie.

Quand la grossesse a dépassé six mois, on peut, avec les précautions nécessaires, la conduire jusqu'à la fin du huitième.

L'enlèvement immédiat du placenta est extrêmement dangereux; il faut quelquefois suturer le sac au péritoine et ne pas enlever la masse placentaire avant qu'elle ne soit contractée et séparée de ses attaches.

S'il est nécessaire d'enlever immédiatement le placenta, il faut placer un clamp et attacher les artères ovariennes et utérines.

Si le sac fœtal est adhérent, pour être enlevé, on en suture les bords au péritoine, et on fait du drainage.

Dans les cas de grossesse intra-pariétale, recourir à l'hystérectomie.

Lorsque la grossesse siège dans les trompes de Fallope, on peut contrôler l'hémorrhagie par rupture du sac ou des vaisseaux en allant, par une incision abdominale, ligaturer les vaisseaux rompus.

STATISTIQUES DE LA MATERNITÉ DE PUÉBLA Dr DE ITA (Mexique).

L'auteur décrit les méthodes antiseptiques qui ont permis de faire disparaître presque complètement dans la maternité les accidents puerpéraux et réduit la mortalité à $\frac{1}{2}$ pour cent.

PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN Dr MEDINA (Mexique).

L'auteur insiste sur la nécessité absolue d'apporter les soins chirurgicaux immédiatement après la production de la blessure, parce que l'inflammation peut s'établir très vite dans l'abdomen.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CHIRURGIE ABDOMINALE Dr Ortiz (Mexique).

L'auteur a rencontré dans sa pratique de campagne plusieurs cas de chirurgie abdominale qui l'ont amené aux conclusions suivantes :

1° La laparatomie est beaucoup moins dangereuse qu'un bon nombre de chirurgiens ont longtemps pensé.

2° Il est bon et c'est même un devoir d'éclairer un diagnostic douteux par une laparatomie exploratrice qui est en même temps le premier pas vers une opération radicale.

3° La laparatomie est inoffensive et permet certaines interventions qui sans elle seraient impossible. Elle permet aussi de traiter, pour le plus grand profit du malade, certains désordres qu'on ne soupçonnait pas.

4° La simple incision abdominale guérit ou améliore certaines inflammations du péritoine.

APPLICATION DU COURANT CONTINU DANS DIX CAS D'ENDOMÉTRITE Dr O'Farrill (Mexique).

L'auteur a traité ses cas par la méthode d'Apostoli légèrement modifiée ; il est d'opinion que l'électrolyse avec les métaux oxydables, dans les affections utérines, donne des résultats aussi certains et rapides que le mercure dans la syphilis et la quinine dans l'impaludisme.

L'OBSTRUCTION INTESTINALE Dr Woods (Etats-Unis).

L'auteur rapporte un cas assez curieux causé par une plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen. Le couteau avait percé le diaphragme, atteint le muscle iliaque, et il en était résulté une pleurésie traumatique suivie d'empyhème et d'abcès des muscles psoas et autres qui s'ouvrirent dans le dos et dans l'aîne. Le malade guérit, mais devint morphinomane, et c'est pendant qu'il se faisait traiter pour cette maladie à l'hôpital qu'il mourut d'obstruction intestinale : une partie du colon transverse s'était étranglée dans une ouverture du diaphragme.

DE L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM COMME HÉMOSTATIQUE INDIRECTE DANS L'HÉMORRHAGIE ASTHÉNIQUE PASSIVE DE L'UTÉRUS Dr Macéas (Mexique).

L'étude que l'auteur a faite du médicament l'amène à conclure que l'iodure de potassium est un stimulent musculaire et cardio-vasculaire qui enlève toute exagération de la tension veineuse de l'utérus, qu'elle soit simple (hyperhémie) ou compliquée d'écoulement sanguin (hémorrhagie). C'est un médicament utérin décongestionnant et hémostatique, dont l'action est indirecte, certaine, puissante, de longue durée et non toxique. Il agit à la manière du sang normal, qui est l'excitant biologique de l'appareil circulatoire.

Indications : hémorrhagie utérine par dystrophie (générale, sexuelle), dyscrasie, obstacle mécanique, ou survenant dans les altitudes élevées.

LA DYSTOCIE AU MEXIQUE Dr Capetillo (Mexique).

Le bassin de la femme mexicaine a des dimensions spéciales, mais que l'on ne peut pas appeler défectueuses. Les bassins étroits y sont très rares.

Le périnée est plus court et la vulve plus étroite, relativement, que chez la femme européenne, ce qui cause de la dystocie pendant la troisième période du travail.

Les présentations vicieuses sont, par ordre de fréquence, celles de l'épaule, du siège, de l'occiput et de la face.

La rupture prématurée de la poche des eaux est assez fréquente, et dûe

surtout à l'administration d'une certaine herbe (*Montanea Fomentosa*) et aux manipulations que certaines femmes se font subir pour hâter leur délivrance.

L'insertion vicieuse du placenta et la procidence du cordon sont fréquentes.

TRAITEMENT AMBULATOIRE DE CERTAINES FORMES DE MALADIES PELVIENNES Dr Emma Culbertson (Etats-Unis).

L'auteur fait une étude des meilleures méthodes à suivre pour traiter les désordres pelviens des femmes pauvres, qui ne peuvent ni s'aliter ni cesser de travailler. Elle constate en même temps que ces femmes supportent avec aisance certains traitements que des femmes riches ne voudraient pas endurer chez elles.

TRAITEMENT CLASSIQUE DE LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE Dr de la Vega (Mexique).

L'auteur fait remarquer que le sérum antistreptococcique ne peut pas être le seul remède à employer, puisqu'il n'agit que contre le streptocoque. Il faut aussi faire de l'antiseptie locale.

Pour cela, trouver d'abord la porte d'entrée de l'infection, qui peut parfaitement être extra-utérine, ce qui rendrait les injections et le curettage inutiles.

En cas de doute, laver et l'utérus et le vagin.

Autres communications par les Drs Comstock, Hamilton, Price, Custon, Vander Veer, Wilson, Hachulen, Stansbury, Boldt, Little, Johnson, Bingham, Cushing, (Etats-Unis), Lapthorn Smith (Canada), Norma (Mexique), Reed, Goff, Lee, Davis, Frank (Etats-Unis), Gutierrez, Alcala (Mexique), Chestnut, Mitchell, Schwartz, Goss, Bishop (Etats-Unis).

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

LA FIÈVRE HYSTÉRIQUE.—M. Moyroud donne, dans la *Loire Médicale*, une curieuse observation de cette affection encore discutée. Dans ce cas, chez cette malade, la température fut remarquable à deux points de vue : par son élévation et par son irrégularité. Elle a atteint 44°5, s'est maintenue pendant trois jours à 43° avec un thermomètre qui n'allait pas au delà. On n'eut que plus tard l'instrument nécessaire et il est probable que si on avait eu à temps un thermomètre marquant jusqu'à 50° au moins, on aurait pu noter des températures plus élevées encore. Celles-ci, en effet, bien qu'exceptionnelles, ont été observées, 44°5 et 45° par Raffacle, Vizioli et Lorentzen, 47°2 par Philipson, 50° par Téale. Par contre, il n'y a pas eu d'hypothermie, fait assez souvent signalé dans ces cas. Néanmoins, il y a eu de très grandes et de très rapides irrégularités, la température montant de 4 à 5° en quelques heures.

M. Moyroud rappelle, à ce propos, la classification qui a été adoptée par M. Gilles de la Tourette pour les cas si dissemblables de fièvre hystérique.

Il reconnaît :

1° Des cas, et ce sont les plus nombreux, qui rentrent dans la pseudo-fièvre hystérique de Pinard ; c'est-à-dire un état fébrile plus ou moins complet avec

une température normale ou ne dépassant pas 38° degrés. "C'est l'image de la fièvre bien plutôt que la fièvre elle-même." Ce type est réel; c'est même le seul qui ait jamais été vu par Gilles de la Tourette;

2° Des cas où il se produit une élévation thermique au cours de manifestations hystériques, sans que celles-ci influent sur la fièvre pour lui donner un caractère clinique spécial ; c'est la fièvre hystérique proprement dite ;

3° Enfin, des cas où l'élévation de la température perd de son importance en présence des phénomènes concomitants qui dominent la scène. On croit de prime abord avoir affaire à une maladie splanchnique véritable, c'est la fièvre hystérique avec pseudo-affection viscérale de Boulay ; ces formes cliniques peuvent être très variées; les principales sont les fièvres hystérique, pseudo-typhique, pseudo-méningitique, pseudo-paludéenne ou intermittente.

Ces accès hyperthermiques se terminent le plus souvent par une chute brusque de la température qui redevient normale ; il n'y a pas de convalescence; le pronostic est bénin même dans les cas où l'hyperthermie et l'hypothermie ont été en apparence excessives.—(*Journ. de méd. et chir. prat*)

LE MEILLEUR TRAITEMENT DE LA GALE, par le Dr JULLIEN, chirurgien de Saint-Lazare.—En 1878, visitant l'hôpital spécial de Naples, sous la conduite de feu Tanturri, professeur de syphiligraphie et dermatologie, je ne fus pas peu étonné de voir dans la salle de consultation des malades nus que des infirmiers peignaient du haut en bas d'un liquide de couleur brune. C'étaient des galeux auxquels on appliquait le traitement par le baume du Pérou. On me dit que ce badigeonnage constituait toute la cure, sans frictions, sans cette *frotte* violente considérée comme indispensable à Paris. Cette simplicité de moyens me frappa, et dès mon retour en France, je mis à l'essai la méthode napolitaine, à laquelle je suis resté fidèle. Toutefois je n'en ai acquis une grande expérience qu'au moment de mon entrée à Saint-Lazare où, comme on sait, les maladies produites par les acares sont fréquentes, si fréquentes que, avant 1890, il y avait une salle uniquement consacrée aux galeuses.

J'ai ainsi depuis six ans traité un bon nombre de femmes, mes registres font mention de 150, mais j'estime qu'un nombre au moins égal leur échappe, les malades étant, dès leur apparition dans les salles, enduites et guéries, si bien que mon expérience hospitalière peut être considérée comme basée sur plus de 300 cas, sans parler de ceux que j'ai observés en ville depuis 18 ans. Enfin tout dernièrement un de mes excellents internes, O. Descouleurs, a passé sur ce sujet une très bonne thèse, où l'on trouvera tous les détails désirables. Il nous apprend notamment que ce mode de traitement est signalé dès 1863 par Petters (de Prague), puis par Burchardt, Nothnagel et Rossbach qui le préfèrent à tout autre, si bien que ce sujet presque neuf en France n'est pas loin d'être une vieillerie pour l'étranger.

Le Baume du Pérou agit sur les acares à la façon d'un toxique. On sait que placés sur un verre de montre et mis en contact avec les vapeurs sulfureuses, ces insectes peuvent rester 16 heures sans mourir, que dans la fleur de soufre et la pommade d'Helmerich, ils vivent encore pour la plupart au bout d'une heure. O. Descouleurs, ayant placé 6 acares au contact du baume put constater que après 10 minutes deux étaient morts ; trois autres mouraient au bout de vingt minutes, et le dernier les suivait bientôt. Burchardt les avait vu mourir entre 10 et 30 minutes et avait de plus reconnu que les œufs étaient frappés de mort. Il est donc à présumer que la *cinnaméine*, l'huile volatile qui d'après Frémy, est la partie essentielle, l'unique constituant même du baume du Pérou, et qui n'est en réalité qu'un *cinnamate benzilique*, tue le sarcopte par asphyxie à distance, en même temps que par une sorte d'action corrosive, et non par une simple imbibition qui le ferait éclater, puisqu'on sait qu'il peut vivre jusqu'à 7 jours dans l'eau à 30° (Hébra) et que Descouleurs l'a vu survivre plus de 3 h. ½ à l'immersion dans la glycérine.

L'application du médicament est des plus simples. Pas de lotion savonneuse préalable, les matières grasses de la peau servant très utilement l'action du remède. Il suffit d'étendre au pinceau une couche légère de baume et de frotter sans violence pour l'étendre sur toute la surface du corps. L'agent par sa volatilité pénètre facilement dans les sillons sans qu'il soit nécessaire de les déchirer ; un bain de propreté est donné ensuite. Pour plus de sûreté je fais enduire mes malades le soir, et le bain est donné le lendemain ; ils restent ainsi dans l'atmosphère bienfaisante et agréable rappelant l'odeur du benjoin, mais cette condition n'est pas indispensable. Quand la maladie est invétérée, il n'y a nul inconvénient à prolonger plus longtemps l'action du remède, car il ne cause aucune irritation et est toujours bien supporté.

Employé systématiquement depuis cinq ans dans mon service de Saint-Lazare, ce remède s'est montré efficace dans tous les cas, sans en excepter des récidives graves et ancienne qui avaient résisté au traitement classique de l'hôpital Saint-Louis. Nous pensons qu'il est impérieusement indiqué chez les sujets à pyodermie étendue : impetigo, ecthyma, furoncles, chez les eczémateux, chez les affaiblis, les cardiaques, les albuminuriques, certaines gravides, les femmes en période menstruelle, et tous sujets auxquels les bains pour une raison quelconque sont interdits ; signalons aussi les nourrissons à épiderme délicat chez lesquels la frotte est inévitablement suivie de dermatite ou de strophulus.

En résumé, c'est un moyen simple, que tout malade peut aisément s'appliquer lui-même, très sûr et précis comme action, d'une odeur suave qui plaît et qui est particulièrement appréciée de la clientèle. Nous ne connaissons aucune contre-indication au baume du Pérou, et les plus chauds partisans des pommades sulfureuses sont bien forcés d'avouer qu'elles en reconnaissent un bon nombre.

J'ajoute enfin : ce traitement est *d'un coût modéré*. Le prix en gros du baume du Pérou est de 20 à 30 fr. le kilogr., soit 2 à 3 fr. les 100 grammes, 1 fr. à 1 fr. 50 pour une friction, qui au prix de détail peut revenir à 2 fr. 50. Dans les mêmes conditions, c'est-à-dire au détail, la pommade d'Helmerich coûte environ 1 fr. 20 les 100 gr soit de 2 à 3 fr 50 pour les 250 gr. qui sont généralement nécessaires.—*La France Médicale.*

ADÉNOPATHIE CERVICALE DÉTECTIVE DES NÉOPLASMES ABDOMINAUX.—Par le Dr Delassus.—*Journal des Sciences Médicales de Lille.*—Le diagnostic des tumeurs cancéreuses, à leur début et quand elles siègent sur les viscères profonds, reste toujours chose délicate, souvent impossible. On flaire bien le néoplasme, on le redoute, mais la certitude fait défaut et l'examen le plus minutieux ne permet pendant un certain temps autre chose que cette impression vague d'un danger.

Les cliniciens ont toujours recherché des symptômes ou des réactions qui fussent comme la signature du cancer latent.

Le Dr Troisier a particulièrement attiré l'attention du public médical sur la présence de ganglions à la région sus-claviculaire dans le cas de cancers profonds de la cavité abdominale.

La précocité des symptômes, la facilité de constatation du fait lui donnaient une valeur clinique considérable s'il était réel.

De nombreux travaux ont été publiés qui permettent de placer l'adénopathie sus-claviculaire parmi les signes les plus importants par leur signification dans les néoplasmes profonds.

L'auteur rapporte ici deux observations personnelles, qu'il fait suivre de commentaires. Puis il ajoute :

Tout ganglion du cou et toute adénopathie cervicale n'est pas symptomatique d'un cancer de l'abdomen.

Il faut qu'ils réunissent un certain nombre de caractères sur lesquels ont insisté les auteurs, ce que nous allons résumer d'après le travail fort intéressant du Dr Rousseau (Th. Paris, 1895).

Siège.—C'est dans le triangle sus-claviculaire, derrière la clavicule, qu'il faut trouver l'adénopathie, entre les faisceaux du sterno-mastoïdien, immédiatement au-dessus de la partie moyenne de la clavicule, parfois assez profondément en arrière d'elle.

Le siège de la tumeur est plus de 80 fois sur cent à gauche. La raison, tout anatomique, est facile à saisir. Qu'on se rappelle que le canal thoracique est l'aboutissant de la circulation lymphatique de tous les organes du bassin et de l'abdomen, tube digestif et annexes, appareils génital et urinaire ; qu'il débouche dans l'angle de réunion des veines sous-clavière et jugulaire interne gauches, décrivant une sorte de crosse à concavité inférieure au niveau de laquelle viennent se souder les lymphatiques sus-claviculaires.

Dès lors, on comprend que des cellules cancéreuses charriées par le courant du canal thoracique puissent refluer dans ces vaisseaux blancs venant de la région sus-claviculaire, juste au moment de la coudure du canal et cela malgré les valvules qui, d'ailleurs ne sont pas constantes dans ces régions.

L'adénopathie à *droite* s'expliquerait soit par une infection veineuse soit par une propagation de proche en proche, par une sorte de chaîne de ganglions échelonnés le long de la colonne vertébrale, dans le médiastin postérieur.

Le même procédé de propagation peut produire les adénopathies gauches, mais leur intérêt anatomo-pathologique est infiniment moins grand que celui où les étapes intermédiaires sont restées indemnes.

Au début de l'affection, le ganglion est unique, puis peu à peu les ganglions du voisinage, pris à leur tour, s'accolent à lui pour former une nouvelle masse.

Cette *unicité* de la masse est un caractère important de l'adénopathie détective et la distingue assez nettement d'affections voisines.

Dans nos deux observations ce caractère était franchement accentué.

Il en était de même de la *consistance* décrite comme dure, ligneuse, pierreuse même.

Mais nos deux faits ont dérogé à la règle sous le rapport de la *mobilité.* Dans les deux cas, la masse était adhérente aux parties profondes et chez la seconde malade, l'opération nous a montré que les muscles étaient envahis. Or d'ordinaire, le ganglion roule sous le doigt à moins qu'il ne soit profond et bridé par les aponévroses, ce qui n'était pas le cas ici.

Les *troubles de voisinage* étaient fort limités : un œdème passager de la face chez la première, quelques douleurs chez les deux ont seuls marqué l'action du ganglion sur les organes, vaisseaux et nerfs, du voisinage. Il n'en est pas toujours ainsi et l'on peut être amené à enlever un ganglion même cancéreux quand il comprime douloureusement ou dangereusement un paquet vasculo-nerveux.

Quant à l'*évolution*, elle a été lente dans le premier cas. D'après les chiffres cités par Rousseau, la moyenne de survie après l'apparition du ganglion est de 2 à 3 mois, une durée de 6 mois est exceptionnelle. Dans notre premier fait, elle a été de 16 mois.

Pris en bloc, ces chiffres n'ont pas grande signification, car il faudrait établir deux points de grande importance : la marche de la propagation et la cause de la mort.

Si l'adénopathie est typique, je veux dire si elle résulte du transport de cellules cancéreuses par le canal thoracique *sans ganglions intermédiaires*, si elle est précoce et précède l'apparition des troubles fonctionnels de l'organe atteint, il est évident qu'elle s'accompagnera d'une survie plus grande que lorsque le ganglion n'est que le dernier grain d'un chapelet qui s'allonge peu à peu en même temps que l'infection s'aggrave chaque jour et depuis longtemps.

D'autre part, si la mort survient, causée par un trouble mécanique — obstruction des voies biliaires, rénales, digestives — la survie sera moins longue que lorsque la malade s'éteint lentement par cachexie.

La différence de survie chez mes deux malades s'explique précisément par

ces faits que l'une a succombé à des accidents hépathiques et que la première s'est littéralement éteinte, sans troubles fonctionnels persistants, par le seul fait de l'empoisonnement cancéreux, malgré les six ou huit œufs, le lait qu'elle absorbait et digérait chaque jour.

Le *diagnostic* doit surtout tenir compte de deux affections capables d'égarer le médecin.

Nous pouvons éliminer les maladies comme les adénites aigües, les adénies, et les lymphadénies que leurs caractères d'acuité ou de généralisation mettent à part.

Il reste la *tuberculose* et la *syphilis*.

Dans l'adénopathie *tuberculeuse*, les ganglions sont isolés, assez nombreux, volumineux et de consistance moins dure. L'âge du sujet, des lésions tuberculeuses dans d'autres organes corroboreront ce diagnostic.

Dans l'adénopathie *syphilitique*, les ganglions sont durs, mais disséminés au cou et à la nuque ; les antécédents, les autres manifestations de la diathèse seront recherchés.

Le diagnostic s'éclairera si l'on constate dans les organes abdominaux des lésions et des troubles faisant songer à un néoplasme, mais il est évident que, dans ces cas, la valeur du ganglion de Troisier est grandement diminuée, puisqu'il n'est plus le révélateur, le détective, mais simplement un épiphénomène.

Néanmoins, il faut toujours se méfier de toute adénopathie cervicale dont on ne voit pas nettement la cause prochaine, chez les sujets qui ont dépassé la cinquantaine.

Pronostic.—Quand l'adénopathie cervicale détective se présente, précoce et nette, elle est de haute valeur. Elle fait connaître la triste vérité au médecin et lui permet d'annoncer longtemps à l'avance la gravité de la situation, et le public apprécie beaucoup ce talent de prophétisation d'un mal que rien ne révèle par ailleurs. Elle permet aussi de détourner le chirurgien d'une opération qui serait impuissante contre l'infection généralisée dont le ganglion est la marque.

Dans les cas douteux l'iodure de potassium est indiqué, au moins comme pierre de touche ; dans les cas où le diagnostic est établi, le médecin est jusqu'à ce jour désarmé, la sérumthérapie n'ayant guère dépassé la zone des promesses.

Si quelque jour ces espérances deviennent des réalités, le ganglion de Troisier, net et précoce, sera une indication précieuse pour une vaccination contre une maladie dont il aura signalé les premiers pas et prévu l'envahissement.

UN PROCÉDÉ POUR DISTINGUER LE SANG NORMAL D'AVEC LE SANG DIABÉTIQUE.—Par le Dr WILLIAMSON.—*Concours médical.*—M. le Dr R. Williamson a fait à l'Association médicale britannique la communication suivante :

" Ayant pu me convaincre que le sang diabétique constitue, à l'égard d'une solution saline chaude de bleu de méthylène, un décolorant beaucoup plus puissant que le sang des sujets sains, j'ai cherché à utiliser ce fait pour la diagnostic hématologique de la glycémie. Voici le procédé fort simple, auquel je me suis arrêté dans ce but :

" On verse dans un tube à réaction 40 volumes d'eau, auxquels on ajoute 20 volumes de sang, obtenu par la piqûre d'un doigt du sujet en expérience et aspiré dans le tube capillaire de l'hémoglobinimètre de Gowers. On additionne ensuite ce mélange d'eau et de sang de 1 volume d'une solution aqueuse de bleu de méthylène à un six-millième et, enfin, on y verse 40 volumes d'une solution de potasse à 5, 84 %. D'autre part, on prépare, comme moyen de contrôle, un second mélange composé exactement comme le premier, avec cette seule différence qu'au lieu de sang supposé diabétique, il contient la même quantité (20 volumes) de sang provenant d'un sujet sain. Les deux tubes sont ensuite

placés dans un récipient plein d'eau bouillante, où on les laisse pendant environ cinq minutes. Dans ces conditions, le liquide contenant le sang diabétique perd bientôt sa coloration bleue et devient jaune pale, tandis que le mélange qui renferme du sang normal reste bleu comme auparavant ou bien prend une teinte légèrement violette ou gris bleu, mais ne devient jamais jaune pâle.

" J'ai examiné, au moyen de ce procédé, le sang d'individus sains et de cent vingt sujets atteints de maladies autres que le diabète, et je n'ai jamais constaté de décoloration du mélange préparé de la façon que je viens de décrire. Par contre, lorsque j'avais affaire à des glycosuriques, j'ai toujours obtenu la décoloration du mélange en question. Je ferai observer que, dans tous les cas de diabète que j'ai eu l'occasion d'examiner, il s'agissait de formes graves de l'affection. Il est donc probable que, dans les glycémies légères, les différences de réaction du sang diabétique et du sang normal, à l'égard de la solution de bleu de méthylène, peuvent être moins tranchées et même nulles, à moins qu'on ne modifie la proportion des divers liquides qui entrent dans la composition du réactif.

DE LA DIATHÈSE URIQUE, discussion à la Société de Médecine de Londres.—*Semaine Médicale.*

Dans la séance d'hier de la *Société de Médecine*, M. A. Haig a relaté les résultats de ses expériences et observations cliniques tendant à établir que la prétendue diathèse urique n'existe pas en tant que résultat d'un trouble particulier des échanges organiques, mais qu'elle est la conséquence directe de l'ingestion habituelle d'acide urique en grande quantité et qu'elle disparaît lorsqu'on cesse l'usage des éléments riches en cette substance.

C'est ainsi que l'orateur a trouvé que lorsqu'on fait prendre de l'acide urique à un sujet en expérience, cette substance arrive dans le sang et apparaît ensuite dans les urines proportionnellement à la quantité qui a été ingérée.

La conclusion à tirer de ce fait pour la thérapeutique de la dyscrasie urique, c'est qu'il doit suffire de supprimer, chez les malades atteints de cette diathèse, l'usage d'aliments riches en acide urique pour voir disparaître peu à peu les dépôts uratiques siégeant dans diverses régions du corps. Et, en effet, par cette simple mesure diététique, l'orateur est parvenu à débarrasser un très grand nombre de sujets uricémiques des divers troubles dont ils souffraient, et cela d'une façon aussi complète que définitive.

M. Ragland Thomas dit avoir eu l'occasion de se convaincre, chez nombre de ses patients, des effets remarquablement favorables du traitement recommandé par M. Haig. Cependant, il croit que même si l'on parvient à exclure complètement l'acide urique de l'alimentation, une certaine quantité de ce corps n'apparaîtra pas moins dans les urines.

M. Haig fait observer que chez les sujets sains, l'acide urique et l'urée étant toujours formés dans la proportion de 1 à 35, ce rapport ne peut pas changer.

M. Fortescue Fox est d'avis qu'il y a lieu de distinguer deux variétés d'uricémie, dont l'une est une conséquence du régime alimentaire et peut par conséquent, céder aux mesures diététiques, tandis que l'autre doit être attribuée à une tare héréditaire des tissus et ne se laisse pas influencer sensiblement par le genre d'alimentation.

M. Vaughan Harley, partant du fait bien établi que l'acide urique se forme toujours dans l'organisme quel que soit le régime suivi, estime qu'il est logique d'admettre l'existence d'une véritable diathèse uricémique pour expliquer la formation en excès de cette substance dans certaines conditions pathologiques.

DU TRAITEMENT DE LA MIGRAINE, communications faites à la Société de Neurologie de Vienne.—*Semaine Médicale.*—Dans la séance du 5

novembre, de la *Société de Neurologie*, M. C. A. HERTER a fait une communication sur le traitement qu'il emploie avec succès dans la migraine, traitement basé sur l'hypothèse d'après laquelle les accès migraineux seraient toujours dus à une toxémie consécutive à des troubles digestifs. La première chose que, d'après l'orateur, on doit faire en présence d'une attaque d'hémicrânie, c'est de laver l'estomac avec de l'eau dont la température ne sera pas inférieure à 40°. Si, pour une raison quelconque, ce lavage ne peut être pratiqué on fait simplement boire de l'eau chaude au malade. En outre, on administre d'abord un purgatif, puis un lavement savonneux chaud. Lorsque ce traitement est institué dès le début de la migraine, il a non seulement pour effet d'apporter un soulagement considérable, mais souvent même il fait avorter l'accès.

M. ALLEN STARR se loue des bons résultats que lui a donnés dans la migraine le mélange purgatif connu sous le nom de " sel de Rachford ", qui est composé de 10 parties de phosphate de soude, de 4 parties de sulfate de soude et de 2 parties de salicylate de soude. On fait prendre ce mélange le matin à jeun à la dose de 4 grammes (une drachme).

M. J. COLLINS recommande contre la migraine le mélange suivant : phénacétine, 15 grains ; salicylate de soude, 10 grains ; salicylate de caféine, 5 grains. L'orateur s'est également bien trouvé d'un mélange de teinture de gelsemium, teinture de belladone et acétate de potasse.

EMPOISONNEMENT PAR LE SUBLIMÉ CORROSIF.—Par le Dr RICHARDSON.—*Union Médicale.*—L'observation relatée concerne un empoisonnement par le sublimé corrosif, dont les symptômes et l'évolution clinique sont intéressants à plusieurs titres.

Dans les symptômes, dit l'auteur, je relèverai seulement des manifestations gangreneuses multiples qui ont été cliniquement appréciables sur les muqueuses buccale et vulvaire. La gangrène de la vulve est assez rare dans l'empoisonnement par le sublimé pour qu'à ma connaissance elle n'ait pas encore été signalée. A défaut d'autres preuves, si la question ne me paraissait pas définitivement jugée, elle suffirait pour démontrer que dans l'intoxication par le sublimé, les gangrènes ne sont pas dues à une action locale, caustique, du poison. Elles sont bien manifestement d'origine générale et dues aux altérations du sang.

Dans cette observation, j'ai pu suivre jour par jour, l'évolution des plaques de gangrène de la bouche. La muqueuse de la bouche, saine le premier jour, s'est bientôt couverte d'ecchymoses étoilées, auxquelles ont succédé les eschares et les ulcérations gangreneuses.

L'évolution des symptômes généraux a présenté cette particularité, que les premiers jours la malade paraissait légèrement atteinte. Seuls, les vomissements et la diarrhée annonçaient l'empoisonnement ; puis, le cinquième jour, à la suite de selles sanglantes nombreuses, la situation s'est profondément modifiée. A la tranquillité des premiers jours a fait place le collapsus, dans lequel la malade a succombé.

Cette deuxième phase à répondu à la gangrène de l'estomac et de l'intestin. Si on admet, en effet, que les lésions gangreneuses suivent dans les organes la même marche que sur les muqueuses de la bouche et de la vulve, c'est vers le quatrième ou le cinquième jour que ces lésions ont dû se former dans l'intestin. Avec leur formation a coïncidé le collapsus. On peut ainsi admettre, dans l'intoxication par des doses massives de sublimé, deux périodes : une première période de troubles digestifs, sans réaction générale ; une deuxième période de collapsus en rapport avec la formation des plaques de gangrène. Chez ma malade, la première période a été marquée par une élévation de température qui a oscillé entre 37,5 et 38,5. Pendant la deuxième période, il y a eu un abaissement progressif de la température, qui est descendue à 35 dégrés le dernier jour.

La quantité de poison absorbé n'a pu être fixée d'une manière certaine.

Elle a dû être considérable. La malade avait ingéré plus de 45 grains de sublimé. Une partie du poison a été rejetée immédiatement par des vomissements provoqués mécaniquement ; néanmoins, ce qui a été absorbé représentait certainement beaucoup plus que la dose toxique classique.

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU PAR LES APPLICATIONS D'ESSENCE DE WINTERGREEN.—Par le Dr HALIPRÉ.—*Tribune Médicale*, décembre 1896

M. HALIPRÉ a fort heureusement employé, dans un cas de rhumatisme articulaire aigu, les applications locales d'essence de Wintergreen, préconisées par MM. Launois et Linossier, de Lyon.

Il s'agit d'un enfant de 13 ans, atteint d'une forme classique de fièvre rhumatismale, avec douleurs extrêmement violentes, fluxions articulaires très accusées, se déplaçant pour revenir aux articulations primitivement atteintes ; complications cardiaques. L'affection dura 8 jours et la défervescence se fit en deux jours.

Les articulations ont repris toute leur mobilité, aucune déformation ne subsiste. Bien que ces bruits du cœur aient repris leur rythme régulier, il persiste certainement une lésion péricardique se traduisant par une voussure précordiale et par un bruit légèremens râpeux occupant la région de la base et se produisant au moment de la systole.

Les applications d'essences de Wintergreen ont réussi à calmer presque immédiatement les douleurs. Les élancements qui, dans les premières heures, avaient une très grande violence, se sont calmés dans les quelques heures qui ont suivi le badigeonnage. Les badigeonnages ont été faits chaque jour à trois reprises différentes et souvent deux fois au cours de la nuit.

Voici pratiquement comment on doit agir :

On passe sous l'articulation une large feuille de gutta-percha laminée. On verse directement l'essence à l'aide d'une flacon compte-gouttes. On peut aussi badigeonner, mais il faut opérer vite, car l'évaporation est très rapide. On relève la feuille de gutta-percha, on entoure de ouate et on fixe avec une bande. Quand la dose est un peu élevée, pour retenir le liquide qui tend à s'écouler, on peut disposer un petit carré de gaze ou une mince couche de coton hydrophile sur l'articulation. La dose quotidienne employée pour les badigeonnages peut être inférieure à la dose de salicylate de soude qu'on donnerait à l'intérieur.

Il n'y a peut-être qu'un inconvénient à signaler : c'est la forte odeur que répand l'essence de Wintergreen, odeur qui incommode certaines personnes susceptibles.

Certains auteurs américains, Hare, Osler, etc., prescrivent la teinture de wintergreen (gaulthérie) à l'intérieur, à doses de 10 à 20 gouttes, et se disent très satisfaits du résultat.

Dyspepsie avec fermentations lactiques :

Craie préparée	15 grs.
Magnésie hydratée	15 grs.
S. n. de bismuth	1/60 à 1/30 gr.

Pour un paquet, à prendre en une seule fois dans un peu d'eau, une à deux heures après le repas.

CHIRURGIE.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE, NOVEMBRE 1896.

SUR LE PIED BOT VARUS ÉQUIN, par le Dr BERGER, de Paris.—*Revue de Chirurgie.*

M. Paul Berger adopte la plupart des conclusions du rapport. Les varus équins peuvent être traités, dans les premiers mois par les manipulations (déroulement du pied) et l'orthopédie seulement, mais, le plus souvent, dès la première enfance, il faut faire précéder ce traitement de la ténotomie M. Berger fait par la ténotomie sous-cutanée la section du tondon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, pour éviter les cicatrices, mais il sectionne à découvert le tendon du jambier postérieur. M. Berger a revu de ses opérés au bout d'un temps très long, et même plus de vingt ans; les résultats physiques étaient bons, mais pas absolument complets; il persistait encore un peu d'adduction de l'avant-pied, le bord interne de celui-ci était élevé et concave, les orteils s'écartaient en éventail; le ventre des jumeaux était court, la jambe cylindrique. Quant au résultat fonctionnel il était parfait, la démarche ne différait en rien de celle d'une personne normale.

Dans le pied bot invétéré M. Berger donne la préférence à l'opération de M. Gross (astragalectomie avec tarsectomie cunéiforme) : l'astragalectomie seule ne rémédie pas assez à l'enroulement du pied. M. Berger reproche à l'incision de Phelps de ne pas permettre la résection cunéiforme externe, quand celle-ci est nécessaire. La résection n'est pas plus grave, elle ne donne pas de raccourcissement appréciable, elle corrige merveilleusement la difformité. Les résultats que M. Berger a pu revoir au bout de quelques années étaient très satisfaisants.

CURE RADICALE DU PROLAPSUS UTÉRIN, par le Dr FOLET, de Lille.—*Revue de Chirurgie.*

M. Folet insiste sur un point spécial de la pathogénie et du traitement opératoire des prolapsus génitaux. Il s'agit du rôle d'un faisceau musculaire à peine mentionné jusqu'ici : le releveur de l'anus (qui mériterait fonctionnellement le nom de releveur de l'anus et du vagin) présente un faisceau antérieur enveloppant tangentiellement le vagin, auquel il adhère latéralement sur une grande hauteur (voir thèse de Drapier, sur le *plancher pelvien*). Cette adhérence latérale solide équivaut physiologiquement à une insertion.

Dans l'opération complexe que nous pratiquons et qui comprend : amputation partielle de l'utérus, avivement de tout le vagin, périnéorraphie, le temps médian a surtout pour but de refaire, sous forme d'un anneau cicatriciel, une attache annulaire et dense au faisceau musculaire sus-indiqué, dont les fibres disséminés se ramassent d'ailleurs en un plan feutré. Que l'on suppose un cylindre en accordéon, une lanterne vénitienne où l'on aurait fixé des fils disséminés à la surface externe. Aplatissez la lenterne; les fils, se rapprochant, formeront un plan unique dont l'insertion sera d'autant plus solide qu'elle se fera sur une surface moins étendue. Un résultat analogue se produit chez nos opérés, le faisceau vaginal du releveur retrouve un point d'appui et peut rejouer son rôle physiologique.

DEUX OBSERVATIONS DE SEPTICÉMIE SURAIGUË (ÉRYSIPÈLE BRONZÉ), par le Dr POTHERAT, de Paris.—*Revue de Chirurgie.*

Dans le premier cas il s'agit d'un égoutier, qui, en revenant de son travail, reçoit, au cours d'une rixe, un coup de pied, tombe et se fait une fracture de jambe ouverte, avec une plaie petite et anfractueuse. Malgré des lavages soigneux, faits presque aussitôt, les symptômes de la septicémie gazeuse apparaissent le troisième jour, occupant toute la jambe et une partie de la cuisse. L'amputation de la cuisse fut pratiquée séance tenante par M. Potherat, avec réunion du moignon. Dès le lendemain il fallut désunir, l'infiltation gazeuze ayant remonté plus haut. De larges incisions et d'abondants lavages enrayèrent le mal, et, au bout de six semaines, le malade était guéri.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de soixante ans, qui avait reçu un coup de fusil dans le mollet, coup de fusil ayant entraîné des fragments d'un vêtement souillé de boue et de fumier. Dès le deuxième jour, septicémie gazeuse, à forme grave, étendue à toute la jambe. L'amputation ayant été refusée, M. Potherat pratique le nettoyage de la plaie, enlève les plombs et les morceaux d'étoffes, multiplie les larges incisions et les lavages antiseptiques. Malgré une nouvelle extension du mal, qui nécessita d'autres incisions, la guérison fut obtenue. La convalescence fut entravée par un érysipèle, une phlébite et une embolie pulmonaire.

De ces deux faits, M. Potherat tire des conclusions étiologiques et thérapeutiques. Il rappelle, avec Trélat, que la septicémie gazeuse éclate dans les plaies anfractueuses des membres souillés de matières organiques ou minérales. Au point de vue thérapeutique, il met au premier plan les larges incisions et les grandes ouvertures. L'amputation doit être employée en dernière analyse, et en pareil cas il ne faut pas réunir.

DU MYÉLOME DES GAINES TENDINEUSES ET DES APONÉVROSES, par le Dr MALHERBE, de Nantes.—*Revue de Chirurgie.*

M. Malherbe a eu l'occasion d'examiner sept petites tumeurs des doigts, de l'aponévrose palmaire et d'un orteil, dont six furent enlevées par M. Heurtaux et une par M. de Larabrie.

Ces tumeurs, dont la plus volumineuse était tout au plus grosse comme le pouce, chirurgicalement très bénignes et n'ayant de gravité que par leurs rapports avec les tendons, ont la structure des tumeurs à myéloplaxes. La plupart sont atteintes d'une dégénérescence graisseuse presque complète et toutes présentent des lobules plus ou moins dégénérés.

M. Malherbe croit qu'il y a lieu de séparer cette espèce de tumeurs des sarcomes, avec lesquels on les confond à tort.

En effet, ces tumeurs représentent un tissu adulte ou à peu près, la moëlle des os ; elles n'ont eu dans aucun cas aucune malignité et leur place doit être fixée entre les fibromes et les ostéomes épiphysaires. Il convient de les appeler myélomes et non sarcomes myéloïdes.

On y rencontre trois espèces de cellules : 1° les myéloplaxes ; 2° les cellules myéloïdes qui résultent soit de la désagrégation des myéloplaxes, soit de l'hyperplasie des cellules du tissu conjonctif, et enfin des cellules fusiformes ou étoilées, cellules connectives jeunes.

Ces éléments se développent aux dépens des cellules tendineuses et le présentateur n'a jamais pu saisir leur transformation en vaisseaux.

On peut suivre sur certaines préparations la transformation des cellules tendineuses en cellules myéloïdes ou en myéloplaxes.

Les vaisseaux sont pour la plupart absolument scléreux, ce qui explique la dégénérescence des tumeurs. Cependant certains capillaires de nouvelle formation ressemblent à ceux du sarcome. Le présentateur n'a pu se convaincre que ces capillaires provenaient des myéloplaxes.

Toutes les tumeurs à l'exception d'une contenaient du pigment. C'est ce pigment qui a été considéré comme de l'hémoglobine par divers auteurs et en particulier M. Pilliet. Le présentateur croit à l'origine hématique du pigment,

mais il ne croit pas à la formation des vraies globules rouges ; tout au moins il n'a pu en voir, pas plus que les globules rouges nucléés sur les préparations à l'éosine hématoxylique. En tout cas M. Malherbe ne considère point la pigmentation comme un phénomène pouvant aggraver le pronostic des tumeurs. Ce qui a contribué à généraliser cette idée, c'est la fréquence de l'union entre les néoplasmes malins et la mélanose; mais pour lui la pigmentatation n'est qu'un phénomène sans gravité propre. Le présentateur conclut en divisant les myéloplasmes, qui doivent être totalement séparés du sarcome, en deux groupes : le premier comprend les myélomes des os, le second les myélomes des gaines tendineuses et des tissus fibreux.

DU SULFATE DE SOUDE COMME HÉMOSTATIQUE, par le Dr REVERDIN, de Génève.—*Rev. de Chir.*

M. Reverdin a employé plusieurs fois avec succès le sulfate de soude à faibles doses (2 grains toutes les heures) dans des hémorrhagies capillaires graves, spontanées ou traumatiques ; en particulier dans un cas où l'hémorrhagie consécutive à l'extirpation d'une tumeur bénigne sous-cutanée avait résisté à tous les moyens depuis huit semaines et où l'arrêt de l'hémorrhagie fut immédiat, dans un autre cas d'hémorrhagie traumatique, dans des ménorrhagies, etc.

Cette médication employée par le professeur Kussmaul et conseillée par lui est, paraît-il, populaire dans le nord de l'Allemagne dans l'hémophilie.

M. Reverdin a cherché à déterminer le mode d'action du sulfate de soude expérimentalement ; administré aux animaux (lapin, cobayes) par ingestion avec la nourriture ou par injection intra-veineuse, il paraît avoir pour effet de rendre plus rapide la coagulation du sang ; administré par injection sous-cutanée, il n'en a pas été de même dans les expériences de l'auteur.

Dans les cas cliniques on ne devra pas employer les injections sous-cutanées, mais administrer le sulfate de soude par la bouche.

TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES PAR LES INJECTIONS INTRA-ARTICULAIRES, par le Dr CALOT, de Berk-sur-Mer.—*Rev. de Chir.*

Les injections d'éther iodoformé ou de naphtol camphré guérissent les abcès symptomatiques des tumeurs blanches, aussi bien que ceux qui communiquent avec la cavité articulaire que les autres. Cela ne peut être, avec les injections d'un liquide aussi diffusible que l'éther iodoformé, que grâce à la modification et même à la guérison des lésions de la jointure.

Cette constatation—à savoir que les injections faites dans les abcès communiquant avec la jointure amenaient la guérison de la tumeur blanche—a conduit M. Calot à traiter systématiquement et d'emblée les tumeurs blanches par les injections intra-articulaires.

Il a traité 24 tumeurs blanches de cette manière avec l'éther iodoformé et le naphtol camphré. Il commence par des injections de naphtol camphré jusqu'à concurrence de huit injections, en les faisant à deux ou trois jours d'intervalle. Après la huitième injection de naphtol camphré, il fait deux à quatre injections d'éther iodoformé.

Cette période des injections a duré dix à trente jours, pendant lesquels le malade accuse parfois de légères souffrances ou même un petit mouvement fébrile. Puis, la cavité articulaire bien vidée par l'aspirateur, on fait une bonne compression de la jointure avec de l'ouate et des bandes platrées.

Cette deuxième période de compression a une durée égale, un mois environ. Après quoi le malade est laissé en liberté. Le traitement est fini.

Vingt-deux fois sur vingt-quatre, la guérison a été complète : il s'agissait cependant de cas graves que tout le monde aurait traités par la résection et qui auraient demandé au moins un an pour être guéris par les autres moyens.

Dans deux cas seulement, le résultat resta douteux ; c'est-à-dire que les malades mis sur pied (il s'agit de tumeurs blanches du genou) conservèrent de

la sensibilité de la jambe et une certaine impotence : mais il s'agissait de sujets âgés de vingt-cinq à trente ans et malades depuis quatre et cinq ans. Peut-être sera-t-on obligé de réséquer ces deux malades, ou tout au moins de leur faire une arthrotomie, mais on fera ces deux interventions dans des conditions meilleures que si on y avait procédé d'emblée.

Dans trois cas de tumeurs blanches du coude ainsi traitées, le malade a recouvré la presque totalité des mouvements. Dans les autres cas, il persiste de la raideur, mais non une ankylose complète.

Les observations portent sur quinze cas de tumeurs blanches suppurées et neuf cas de tumeurs blanches non suppurées, mais celles-ci datant déjà de plus d'un an, sans aucune tendance à la guérison et ayant déjà aboli la mobilité de la jointure.

Dans le cas de distension de la cavité articulaire par la suppuration, ce procédé est applicable en toutes les régions. C'est ainsi que M. Calot a pu traiter par cette méthode trois coxalgies suppurées et une tumeur blanche suppurée du cou-de-pied.

Lorsque la tumeur blanche est sèche, ce n'est que dans le coude et le genou que M. Calot a employé jusqu'à ce jour ce traitement.

En résumé, les injections intra-articulaires amènent la guérison de presque toutes les tumeurs blanches, mais elles ne sont pas pratiquement possibles dans toutes les régions.

En outre, elles laissent presque toujours une notable raideur de la jointure ; il ne faut donc y recourir dans le cas de tumeur blanche sèche que lorsque cette raideur existe déjà et qu'il s'agit d'une forme rebelle.

Dans les cas de tumeurs blanche suppurées, l'on peut et l'on doit y recourir d'emblée.

La méthode thérapeutique qu'on vient d'indiquer, se recommande : 1° par son efficacité merveilleuse ; 2° parce qu'elle abrège notablement la durée du traitement ; 3° parce qu'elle est à la portée de tous les médecins.

ÉTUDE SUR LES ABCÈS DU COU CONSÉCUTIFS AUX INFLAMMATIONS AIGUES OU CHRONIQUES DE L'OREILLE MOYENNE, par le Dr Hamon du Fougeray.—*Rev. de Chir.*

De nombreuses observations cliniques démontrent que certains abcès ou phlegmons du cou reconnaissent pour origine l'inflammation aiguë ou chronique de la caisse du tympan.

Ces abcès ou phlegmons se manifestent dans les diverses régions latérales du cou. Au point de vue pathogénique on doit les diviser en deux classes : 1° abcès directs ; 2° abcès indirects.

La première comprend les abcès du cou qui dérivent du foyer purulent tympanique sans intermédiaires. Dans ce cas l'infection suit la voie lymphatique directe. On peut en admettre deux variétés : 1° abcès du cou se manifestant alors que la caisse est seule enflammée ; 2° abcès du cou se manifestant alors que la caisse et l'apophyse sont enflammées.

La seconde classe comprend les abcès qui sont le résultat de la propagation de l'inflammation primitive de la caisse à d'autres organes. Ils peuvent être divisés en deux variétés : 1° abcès du cou par pénétration directe du pus sortant des cavités de l'apophyse par une perforation osseuse ; 2° abcès du cou consécutifs à une thrombose du sinus et de la jugulaire interne.

Au point de vue du mécanisme de ces abcès, on voit qu'ils peuvent se produire de trois manières : 1° par irruption du pus sortant de l'apophyse perforée et se répandant dans les tissus du cou sous-jacents ; 2° par la voie veineuse ; 3° par la voie lymphatique.

Il en résulte que le siège de ces abcès varie suivant leur mode de formation, et l'on comprend ainsi que dans certains cas, ils puissent à eux seuls amener la mort.

CHIRURGIE DE L'ESTOMAC, par le Dr DOYEN, de Paris.—*Rev. de Chir.*

M. Doyen a l'un de premiers recommandé la gastro-entérostomie pour la guérison des cas invétérés d'ulcère et d'hyperchlorhydrie. Les résultats éloignés, dont certains datent de plus de quatre ans, sont excellents et d'autant plus satisfaisants que l'évacuation de l'estomac est plus parfaite

Les malades mangent de tout, et à l'exception de deux ou trois cas où un léger changement de direction post-opératoire de l'anse jéjunale et la mauvaise situation de l'orifice à le face antérieure du réservoir gastrique est la cause d'une stagnation relative des ingesta et de malaises fréquents, les opérés jouissent d'une santé parfaite et "ne sentent pas leur estomac."

Les opérations pour les lésions d'estomac sont actuellement au nombre de quatre-vingt-quatorze, dont quatorze simplement exploratrices, vingt-cinq pour cancer et cinquante-cinq pour ulcère ou hyperchlorhydrie, donnant pour ces derniers, nos premiers cas compris, une statistique intégrale de 20 p. 100 d'insuccès. Actuellement, on obtient aisément des séries de huit ou douze guérisons consécutives.

La question est donc jugée au point de vue des résultats thérapeutiques et cette opération commence à ne plus encourir les critiques du début et à être acceptée des chirurgiens les plus compétents.

Le manuel opératoire seul est sujet à discussion. Or, d'après les observations, jamais, à part un des premiers cas de suture en raquette, les sutures ne sont coudées. Depuis longtemps, M Doyen n'emploie que deux plans de suture au lieu de trois. A part le choc, qui entre en ligne de compte chez les malades très faibles, les coudures et la mauvaise direction du jéjunum, après la rétraction de l'estomac, sont donc les causes principales d'insuccès. M. Doyen pense donc qu'il faut attacher un soin particulier à disposer l'anse jéjunale descendante de manière à ce que, dans aucune situation, il ne puisse se produire de reflux dans le duodénum. Et dans ce but, on ne saurait trop préconiser l'ingénieuse suture en Y de M. le Dr Roux, de Lausanne.

Quant au bouton de Murphy, M. Doyen le trouve comme tous les boutons analogues, y compris les plaques de Senn, absolument défectueux. Il porte le même jugement sur l'entéro-anastomose par sphacèle, qui n'a même pas le mérite d'être un procédé nouveau et a déjà été proposé, avec quelques modifications de détail, à l'étranger.

L'avenir jugera, mais on ne peut que taxer de puérile et de rétrograde une méthode d'entéro-anastomose basée sur la crainte chimérique d'ouvrir au cours de l'opération le calibre de l'intestin.

DU RÉTRÉCISSEMENT CICATRICIEL DU PYLORE CONSÉCUTIF AUX BRULURES—SON TRAITEMENT PAR LA GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE, par le Dr HARTMANN, de Paris.—*Rev. de Chir.*

A la suite de l'ingestion dans l'estomac de liquides caustiques, la mort rapide est la terminaison habituelle (17 fois sur 25 cas, d'après Gehle). Quelques malades survivent cependant. On voit alors se développer une sténose cicatricielle du pylore à marche rapide. C'est ce que nous avons observé chez un malade que nous avons eu à soigner en décembre 1894.

Cet homme, âgé de cinquante ans, avait absorbé le 2 août 1894 un demi-verre d'acide chlorhydrique. Après une période d'accidents bruyants (douleurs, vomissements, diarrhée), il avait eu le douzième jour une gastrorragie avec état syncopal. Puis tout avait paru momentanément s'arranger. Mais bientôt, douleurs, vomissements, amaigrissement progressif l'obligèrent à entrer dans le service du professeur Hayem. En présence de la cachexie progressive, ce dernier conseilla au bout de quelque temps une opération chirurgicale.

Le 3 janvier 1895, nous pratiquons la gastro-entérostomie antérieure avec double surjet à la soie. L'estomac est rigide et piqueté de rouge, néanmoins les fils ne coupent pas les tissus.

Dès le lendemain, nous donnons à notre opéré un demi-litre de lait et une demi-bouteille de champagne ; le septième jour, nous commençons les œufs, puis l'alimentation solide, et la guérison survient sans incident en quatre mois et demi. Après l'opération, le professeur Hayem a étudié la digestion gastrique de notre opéré et a pu constater l'accomplissement d'une véritable digestion stomacale. Aujourd'hui, vingt-deux mois après l'opération, il se porte et digère parfaitement.

En pareils cas, d'autres chirurgiens ont eu recours à la pyloroplastie : tel un chirurgien russe, Kadiane, qui l'a pratiquée trois fois. Une de ses malades est morte, la pyloroplastie ayant été pénible, le rétrécissement n'ayant pu être franchi que par un cathétérisme rétrograde pratiqué de l'intestin vers l'estomac. Une autre de ses trois opérées commençait, neuf mois après, à avoir des troubles gastriques.

Au contraire, les malades traités par la gastro-entérostomie sont restés guéris. Tel les faits rassemblés par Kœllner, tel celui récemment présenté à l'Académie de médecine par notre collègue Lejars. La gastro entérostomie nous semble indiquée dès que le diagnostic de sténose cicatricielle est posé. Comment la pratiquer ? Je crois que la gastro-entérostomie antérérieure est le procédé le plus simple. Après avoir employé le bouton de Murphy, je suis revenu au double surjet à la soie, fait avec une aiguille de couturière maniée directement à la main.

Dans ces derniers temps on a tenté de faire revivre ici-même, en les modifiant quelque peu, les vieux procédés de gastro-entérostomie en deux temps préconisés par Pentsnikow, par Bastinelli. Nous croyons que les chirurgiens qui font très simplement et très rapidement un surjet imperméable, réunissant par première intension muqueuse à muqueuse, n'iront pas s'embarrasser d'un procédé qui ne permet pas l'alimentation immédiate et qui donne une eschare, par conséquent une plaie suppurante, peut-être susceptible, en cas de guérison, de subir une rétraction cicatricielle ultérieure.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

LE TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPÉRALE : CURETTAGE ET CURAGE DE L'UTÉRUS.—Par MM. le professeur PINARD et le Dr WALLICH.

Depuis l'application de la méthode antiseptique pendant le travail de l'accouchement et les suites de couches, on a vu disparaître les terribles épidémies de fièvre puerpérale, dont le souvenir n'est pas encore perdu. Mais, si à l'heure actuelle on ne voit plus ces épidémies, on voit des femmes atteintes d'infection puerpérale ; les unes en meurent, les autres y gagnent de graves affections chroniques de l'utérus et des annexes. Il ne suffit donc pas, quand on assume la responsabilité d'un accouchement, de mettre en œuvre toutes les mesures devant assurer la prophylaxie de l'infection, il faut encore être prêt à combattre avec vigueur cette infection, quand elle se déclare, malgré les efforts faits pour l'éviter.

Les moyens mis en œuvre contre l'infection sont connus de tous : injections intra-utérines, curettage, irrigation, traitement médical, traitement chirurgical, sérothérapie ; mais ces moyens demandent à être judicieusement maniés, en temps opportun, avec méthode, pour agir efficacement. Jusqu'ici cette thérapeutique méthodique, appuyée sur des faits nombreux, restait à établir. MM. Pinard et Wallich ont comblé cette lacune, en publiant leur livre, qui indique au praticien la conduite à tenir en face d'une femme infectée après un accouchement ou un avortement, et ce qu'il faut faire contre les manifestations pré-

coces, ou contre les manifestations tardives de l'infection dans la période des suites de couches.

Avant de traiter l'infection, il faut savoir la reconnaître, et, ce qui est plus difficile à l'heure actuelle, l'avouer. Il faut surveiller l'accouchée avec le thermomètre et prendre le pouls matin et soir. Il n'y a plus de fièvre de lait, une élévation de température ou une accélération du pouls doit être considérée comme la première manifestation d'un état infectieux qui, s'il est abandonné à lui-même, donnera bientôt lieu à des accidents plus bruyants.

Voyons quelle est la conduite préconisée par MM. Pinard et Wallich.

A la première alerte : il faut faire une *injection intra-utérine*, mais injection intra-utérine bien faite dans l'utérus et non pas seulement dans le col.

Nous ne pouvons ici entrer dans les détails du manuel opératoire indiqué par ces auteurs.

Cette injection intra-utérine peut être suivie d'une baisse de la température et la thérapeutique se borne à cette injection. Mais si la température remonte ou même se maintient élevée, il faut pratiquer le curettage de l'utérus.

Le *curettage* de l'utérus, suivant ces auteurs, doit être pratiqué avec une curette large, mousse, montée sur un long manche, afin d'atteindre le fond de l'utérus à terme, sans courir de dangers de le perforer. L'opération est faite sans recourir au chloroforme ; elle n'est pas douloureuse, si l'on prend certaines précautions bien nettement indiquées.

Après avoir observé un cas de mort consécutif à l'introduction d'air dans les sinus utérins, après un curettage pratiqué le lendemain de l'accouchement, MM. Pinard et Wallich croient qu'il est prudent de ne pas pratiquer le curettage avant la fin du troisième jour des suites de couches. On évitera aussi de pratiquer un trop grand nombre de curettages, on se contentera jusque-là d'irrigations intra-utérines intermittentes ou continues.

Après le curettage la température peut, suivant ces auteurs, affecter trois types différents :

1° Type à chute définitive.
2° Type à chute progressive.
3° Type ascendant.

Si la chute est définitive, une simple injection intra-utérine 24 heures après le curettage marque la fin du traitement.

Si la chute se fait progressivement, on pratique toutes les 24 heures une injection intra-utérine jusqu'au retour de la température à la normale.

Si enfin, après le curettage, la température remonte, MM. Pinard et Wallich conseillent de pratiquer le lendemain un nouveau curettage et, si cela est possible, l'irrigation continue après le curettage.

Telle est, dans ses grandes lignes, la méthode préconisée par ces auteurs dans le traitement de l'infection après l'accouchement.

Après l'avortement l'infection doit être l'objet du même traitement : mais à une condition, c'est que le curettage avec la curette soit toujours précédé d'un *curage digital*, d'un nettoyage avec le doigt qui permette d'extraire les débris placentaires adhérents, que la curette ne fait que déchirer.

Il nous a paru intéressant de reproduire in extenso le manuel opératoire du curettage et du curage de l'utérus tel que ce livre l'a exposé avec une grande netteté.

" Au point de vue du MANUEL OPÉRATOIRE du curettage, disent MM. Pinard et Wallich, nous distinguerons deux cas : ou bien l'on pratique le curettage chez une femme qui vient d'accoucher à terme, ou dans les trois derniers mois, ou bien on pratique cette opération après un avortement."

" On a discuté sur la question de l'anesthésie : les uns conseillent le chloroforme, les autres disent qu'il n'est pas nécessaire. Après avoir anesthésié les femmes pendant un certain temps, nous y avons complètement renoncé. Les conditions qu'on trouve chez les femmes en état puerpéral sont très différentes

de celles de l'état non gravide, et nous ne discutons que sur ce qui se passe dans l'état puerpéral. C'est un fait banal dans la pratique obstétricale, que les femmes anesthésiées pour subir une opération ont une tendance à saigner beaucoup plus que les autres. Dans le curettage *post partum* nous avions fait la remarque que les hémorrhagies étaient assez abondantes, parfois même inquiétantes. Aussi avons-nous abandonné l'anesthésie pour cette raison, et nous nous en félicitons ; d'autant plus qu'à l'heure actuelle nous sommes parvenus à pratiquer le curettage sans occasionner la moindre douleur, et nous nous prononçons nettement contre l'anesthésie, qui est inutile et peut-être dangereuse."

" La femme est placée en travers et au bord du lit, le siège débordant, deux aides fléchissent et écartent les cuisses en plaçant le genou de la malade dans leur aisselle ; ils ont ainsi une prise solide sur l'opérée, et disposent de leurs deux mains pour aider. On lave soigneusement la vulve au savon et au biiodure et on rase les poils. Après quoi, on pratique une injection vaginale et le cathétérisme de la vessie. Ceci fait, on introduit dans le vagin deux doigts de la main gauche, doucement, avec précaution, car les parties génitales sont très sensibles. Aussi ces deux doigts une fois introduits ne vont plus quitter la place que nous allons leur assigner, jusqu à la fin de l'opération. Ces deux doigts atteignent le col et pénètrent dans l'orifice. On guide alors sur ces doigts une pince de museux à deux mors qui va saisir solidement la lèvre antérieure du col. On tire doucement sur la pince de façon à faire descendre l'utérus, et le col paraît bientôt à la vulve, avec les deux doigts qui n'ont pas quitté son orifice. La pince est alors confiée à un aide, qui la prend par un de ses anneaux et la maintient sans tirer. L'aide doit maintenir la pince *horizontalement*, et non pas la relever, pour la maintenir avec sa main fermée sur le pubis, ainsi que le conseillent la plupart des auteurs. La pince, horizontalement placée, ne blesse et n'écrase aucune des parties supérieures de la vulve, le méat et le clitoris, et on évite les douleurs, qu'on ne manque pas de produire, en relevant la pince et en l'appuyant contre ces parties. C'est là un petit détail, mais qui méritait d'être signalé, puisque nous opérons sans chloroforme."

" L'utérus abaissé, les doigts dans le col, on introduit dans la cavité utérine la sonde de Tarnier, et l'on fait un lavage avec 1 ou 2 litres de solution de biiodure au 1/4000. On retire alors la sonde, sur laquelle il est facile de mesurer l'étendue de la cavité utérine, et on introduit la large curette-mousse à longue tige, dont nous donnerons la description plus loin. La curette est d'abord conduite au fond de la cavité utérine, puis on racle consciencieusement, sans sortir la curette, toute la face antérieure de l'utérus, en haut et en bas, jusqu'au niveau de la lèvre antérieure du col. La curette est alors sortie, puis réintroduite, et on procède au même raclage sur la face postérieure de l'utérus ; puis on racle les bords et le fond de l'organe. Mais la cuillère de la curette, assez large, ne pourrait pas curetter efficacement au niveau des cornes, on la remplace par une curette à cuillère plus petite, plus courbée, et demi-tranchante. Cette curette est conduite au niveau des deux cornes, et curette en ces deux points ; on peut ensuite réviser méthodiquement avec cette curette les faces, le fond et les bords de l'organe, et lorsque la curette ne ramène plus, à quelqu endroit qu'on la promène, que des caillots, le curettage est terminé. On prend alors la sonde intra-utérine de Tarnier, et on fait une injection qui entraîne tous les débris ; on peut faciliter cette action de nettoyage, en promenant le bec mousse de la sonde sur toute l'étendue de la cavité utérine. Après avoir fait le lavage, on charge une pince à longs mors, une pince à ligament, d'une mèche d'ouate imbibé de la solution phéniquée forte à 5 0/0. On promène cette mèche d'ouate dans la cavité utérine, elle s'exprime à son contact, on recommence avec une autre mèche, deux ou trois fois. Il ne reste plus qu'à faire le pansement intra-utérin à la gaze iodoformée ou salolée. Cette gaze est destinée à former un drainage plutôt qu'un tamponnement. Elle doit être découpée en une lanière peu épaisse, afin qu'elle puisse être introduite facilement. On prend l'extrémité de la lanière

avec une pince à mors lisses, et on introduit la pince ainsi chargée jusqu'au fond de l'utérus. Arrivé là, on ouvre légèrement la pince et on la retire. On saisit avec elle la lanière, au point où elle sort du col, et on conduit de nouveau la pince jusqu'au fond de l'utérus ; on répète cette manœuvre deux ou trois fois, jusqu'à ce qu'on sente une légère difficulté à pénétrer, on doit alors s'arrêter et ne pas forcer. Le reste de la lanière est tassée dans le vagin, après qu'on a enlevé la pince fixant le col, et pendant que, de la main gauche, on écarte la vulve ; ce dernier temps de l'opération serait douloureux sans cette précaution. On place un morceau d'ouate sur la vulve, et la femme est replacée dans son lit."

" Les quelques modifications que nous avons apportées dans le manuel opératoire du curettage ont eu pour but deux points :

1° Rendre l'opération très peu douloureuse, pour se dispenser de l'anesthésie ;

2° Faire le curettage aussi complet que possible.

Pour rendre l'opération très peu douloureuse, on y parvient aisément, de l'aveu même des femmes les plus pusillanimes, en prenant les précautions sur lesquelles nous allons rappeler l'attention :

1° Ne pas relever la pince fixatrice du col sur le pubis, et la maintenir horizontale ;

2° Ne pas placer de spéculum. Son introduction est douloureuse, la distension des parties inférieures de la vulve par la large valve qui la déprime, et que l'aide le plus parfait ne peut s'empêcher de remuer au cours de l'opération, est aussi une cause de souffrance. Cette valve inférieure, la seule recommandée généralement, est très avantageusement remplacée par les deux doigts de la main gauche introduits dans le col. Ces deux doigts indiquent l'orifice au milieu des tissus mous et déchirés du col, et servent de guide sensible aux instruments qu'on fait pénétrer dans la cavité utérine. Ces deux doigts dépriment la vulve très suffisamment et moins douloureusement qu'une valve, surtout si l'on a la précaution, ainsi que nous l'avons recommandé plus haut, de laisser ces doigts en place pendant toute la durée de l'opération."

" Afin de pratiquer le curettage aussi complètement que possible, la curette dont nous nous servons est à large surface. Elle est recourbée de telle façon que son extrémité offre une surface suffisante pour ne pas croire à la possibilité même d'une perforation ; enfin, et surtout, cette curette qui n'est autre que celle usitée dans les curettages de la vessie, est portée sur une tige ayant la longueur de la sonde intra-utérine de Tarnier, c'est-à-dire 28 centimètres. Cette tige est fixée sur un manche qui permet de la tenir en main."

Les différents modèles de curettes jusqu'ici employées sont construits en vue du curettage gynécologique dans les utérus non gravides. Il faut un instrument suffisamment long, pour pénétrer jusqu'au fond de l'utérus. La deuxième curette est portée sur une tige aussi longue que la précédente ; la cuillère en est plus petite, et demi-tranchante ; elle est destinée aux cornes de l'utérus, et sert aussi dans les curettages après l'avortement. Avec ces curettes on est sûr d'atteindre tous les points de la cavité utérine, et on peut les attaquer d'une façon énergique. Ceux qui curettent pour la première fois s'exposent plutôt à faire un curettage insuffisant qu'à perforer l'utérus. Telles sont les particularités que nous avions à signaler dans le curettage pratiqué dans les suites de couches."

" Après L'AVORTEMENT, les accidents infectieux méritent d'être traités aussi par le curettage, mais cette opération doit toujours être précédée d'un examen digital de la cavité utérine, suivie du *curage* dont il nous reste à préciser les *indications* et le *manuel opératoire :* curage qui doit être pratiqué, si, après cet examen, on a constaté la présence de débris placentaires, ou en d'autres termes, si l'on a reconnu une délivrance incomplète."

" INDICATIONS.— Après l'avortement, le plus souvent, les accidents infec-

tieux nécessitant le curettage se montrent, alors que l'œuf, vide de son embryon ou de son fœtus, est encore contenu dans la cavité utérine : les adhérences du placenta à l'utérus sont encore plus intimes qu'à la fin de la grossesse, si bien que les contractions utérines du travail de l'avortement ont été impuissantes à le décoller. Les premiers partisans du curettage ont peut-être nui au succès et à la vulgarisation de ce procédé, en le donnant comme meilleur moyen de traitement des rétentions membraneuses ou placentaires dans l'avortement. Tous ceux qui avaient eu occasion d'introduire les doigts dans une cavité utérine contenant les membranes de l'œuf savaient bien que la curette était impuissante à séparer, d'une façon complète, ces débris de l'œuf, mais ne servait qu'à les morceler en en laissant une grande partie. De même qu'il serait imprudent d'introduire la curette dans un utérus à terme où la délivrance n'aurait pas été pratiquée, de même dans l'avortement, avant de pratiquer le curettage à la curette, il faut vider l'utérus du placenta et des membranes, faire en un mot la *délivrance* avec un instrument sensible, la main, les doigts, qui vont poursuivre chaque débris, les uns après les autres, les décoller, les extraire, faire le curage digital. Si des accidents infectieux se sont montrés, il sera utile de compléter l'opération par un nettoyage à la curette ; mais il faut que ce curettage instrumental ne soit que le complément du curage digital."

" Le curage. Manuel opératoire.—Pour pratiquer le curage, il est indispensable de recourir à l'anesthésie. Malgré les inconvénients que nous lui avons reconnus, et qui nous l'ont fait rejeter du curettage, il faut l'employer pour faire le curage. Il est, en effet, absolument nécessaire, pour pratiquer l'opération, d'introduire la main toute entière dans le vagin, et deux doigts dans la cavité utérine. Chez une femme non anesthésiée, dont les parties génitales n'ont pas été distendues par un accouchement récent, la manœuvre est des plus difficiles. De plus, après l'avortement, l'utérus n'a pas subi le même développement qu'à la fin de la grossesse, sa paroi vasculaire a une tonacité très grande, un état de contraction, qu'il est difficile de vaincre, pour pénétrer et pour agir dans sa cavité, alors que la femme n'est pas anesthésiée. Du reste, les dangers du chloroforme, dans le curettage, tiennent surtout à l'hémorrhagie qui se produit dans ces cas après l'opération. Or, cette hémorrhagie, si fréquente après le curettage instrumental, quand il y a eu chloroformisation, est absolument exceptionnelle après le curage. Le doigt n'a pas, comme la curette, mis à nu et dilacéré la muqueuse utérine ni rompu ses vaisseaux. Le doigt a enlevé seulement les cotylédons placentaires, véritables corps étrangers, qui se trouvent enlevés à la suite d'un décollement, sans porter d'atteintes sérieuses à la muqueuse utérine."

" Le danger de l'hémorrhagie, après le chloroforme, dans le curage, n'existera donc que dans les cas où ce curage digital devra être suivi d'un curettage avec la curette. Or, il y a grand avantage à dissocier ces deux opérations, c'est-à-dire à pratiquer d'abord le curage digital, en somme, la délivrance artificielle de l'avortement, sous chloroforme, et ensuite plus tard, le soir ou le lendemain, si la température s'élève, ou aura recours au curettage instrumental, dont alors le manuel opératoire ne différera pas de celui que nous avons indiqué pour le curettage en dehors de l'avortement, après l'accouchement prématuré ou à terme. Il faudra alors se servir de la petite curette. Le plus souvent, le curage digital bien fait aura suffi, et il ne sera pas nécessaire de recourir au curettage. Nous n'en voulons pour preuve que ce qui s'est passé à la clinique Baudelocque, en 1894 : sur 44 avortements, pas une seule fois nous n'avons eu à pratiquer le curettage instrumental."

" La femme étant donc anesthésiée, et mise en travers du lit ; après la toilette du vagin et de la vulve et le cathétérisme de la vessie, on pratique une injection intra-utérine, qu'il est bon de faire assez prolongée. Lorsque ces soins préliminaires ont été pris, une main saisit l'utérus à travers la paroi abdominale, pendant que l'autre main est introduite *en entier* dans le vagin. L'index et le médius

de cette main vont à la recherche de l'orifice du col, et y pénètrent doucement, sans violence. Ces deux doigts vont à la recherche des débris placentaires, les décollent pendant que la main extérieure fournit à l'utérus un solide appui, et l'empêche de fuir sous les doigts qui manœuvrent dans sa cavité. Lorsque l'on croit le décollement des débris suffisant, on les entraîne au dehors. Les doigts doivent ensuite retourner dans la cavité utérine, pour l'explorer toute entière, et voir si la surface est lisse. Cette revision doit être des plus soigneuses ; elle est très importante, car une portion du placenta peut rester enfermée dans un coin de paroi, enchatonnée par la contraction utérine, qui, amincie au niveau où le placenta adhère, se trouve épaissie tout autour, formant l'enchatonnement, qui n'est plus considéré aujourd'hui comme un phénomène pathologique, mais comme un phénomène physiologique. Il sera même prudent de faire cette revision de la cavité utérine avec la main qui a fait le curage, puis avec l'autre, après s'être lavé les mains. Du reste, dans un certain nombre de cas, au cours de l'opération, il peut se faire qu'on sente de grandes difficultés pour tourner des cotylédons adhérents et les décoller : dans ces cas, il ne faudra pas hésiter à se laver les mains et à opérer le décollement avec l'autre main."

" Une fois la cavité utérine curée et soigneusement revisée, alors que l'on est certain qu'il n'y reste plus aucun débris, l'opération est terminée, il n'y a plus qu'à faire une injection intra-utérine et placer une mèche de gaze au salol ou iodoformée dans cette cavité. Le curettage instrumental ne sera pratiqué qu'ultérieurement s'il y a lieu, et nous savons qu'il est le plus souvent inutile."

" Avant d'opérer le curage digital, il faut toujours pratiquer l'examen de la cavité utérine. Mais après un avortement, en présence d'accidents septiques, avant d'anesthésier, pour faire soit l'examen digital intra-utérin, soit le curage, il faut s'assurer, par un simple toucher, que le col de l'utérus est dilaté ou suffisamment dilatable pour permettre l'introduction de deux doigts."

" Le plus souvent ce toucher digital permettra de trouver cet orifice ramolli et suffisamment dilatable, et l'opération pourra être faite immédiatement."

" Mais dans un certain nombre de cas, on trouvera cet orifice, soit absolument fermé, surtout si l'avortement a eu lieu depuis plusieurs jours, soit peu dilatable et ne permettant pas l'introduction de deux doigts. Dans ces circonstances, si le temps presse, on peut faire pendant l'anesthésie la dilatation extemporanée avec les dilatateurs de Hégar, mais il sera bien préférable de remettre l'opération à quelques heures, de placer dans la cavité utérine un ballon Champetier de Ribes, petit modèle, que l'on gonflera complètement d'abord, quitte à le dégonfler un peu, s'il ne se produit pas de contractions utérines expulsives. Lorsque ce ballon sera expulsé, l'orifice présentera, suivant le volume du ballon, une dilatation grande comme une pièce de 2 francs, ou mieux comme une pièce de 5 francs. Il sera aisé, à travers un orifice ainsi dilaté, d'explorer et de nettoyer la cavité utérine avec le plus grand soin, ce qui compensera bien l'inconvénient d'avoir opéré quelques heures plus tard."

" En résumé, après l'avortement, s'il se produit des accidents septiques, il ne faut jamais entrer avec une curette dans la cavité utérine, avant d'avoir, sous chloroforme, procédé :

1° à l'examen digital.

2° au curage digital de la cavité utérine.

" Après ce curage seulement on sera autorisé, si les acccidents persistent, à débarrasser l'utérus d'une muqueuse septique avec la curette, et cela encore lorsqu'on aura laissé au thermomètre le temps de démontrer que cette intervention est utile. Nous avons tenu à insister sur cette manière de faire, qui diffère totalement de ce qui a été conseillé par les partisans du curettage depuis Récamier."

" La question de la *sérothérapie* devait être examinée dans un livre sur le traitement de l'infection puerpérale."

Après examen attentif de tous les faits publiés jusqu'ici, MM. Pinard et

Wallich concluent que rien à l'heure actuelle n'autorise à employer la sérothérapie à l'exclusion du traitement intra-utérin. La sérothérapie de l'infection puerpérale est encore à l'étude ; on peut recourir au sérum antistreptococcique, mais en employant simultanément le traitement utérin, qui a fait ses preuves. Du reste, si le streptocoque est l'agent le plus fréquent de l'infection puerpérale, celle-ci peut être causée par d'autres microbes, et le diagnostic bactériologique de l'infection n'est pas toujours facile à établir surtout dans la période de début de l'infection, où le temps perdu peut n'être jamais rattrapé.

La deuxième partie de l'ouvrage traite de la conduite à tenir dans *les accidents infectieux tardifs des suites de couches :* accidents dépendant non plus de la généralisation, mais de la propagation de l'infection : *les suppurations pelviennes*, dépendant de la propagation par les lymphatiques ; *la phlegmatia alba dolens*, causée par la propagation dans les sinus veineux

Si on examine cet ouvrage dans les détails, on voit que les auteurs ont eu la préoccupation d'être pratiques et précis ; ils ont tenu à ne rien avancer qui ne soit appuyé sur des faits soigneusement observés par eux-mêmes, et on ne peut que leur savoir gré d'avoir tenu à propager une méthode thérapeutique qui leur a permis dans un grand service d'accouchements de Paris d'obtenir sur plus de 2000 accouchements annuels une mortalité par septicémie de 0, 18 0/0.

(*Journ. de Méd. et de Chir. Prat.*)

TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET.—Bien que le curettage ait été souvent préconisé comme méthode de traitement de l'avortement incomplet—et nous avons nous-mêmes, à plusieurs reprises, conseillé de recourir au curettage en pareil cas—la pratique ne s'en est pas généralisée autant qu'il conviendrait dans l'intérêt des malades.

Deux de nos distingués confrères de Bordeaux, MM. CHALEIX VIVIE et AUDEBERT, viennent de reprendre cette question, dans un très intéressant ouvrage, en prenant comme base de leur étude une cinquantaine d'observations personnelles.

Avant tout, il faut savoir faire le diagnostic de l'avortement incomplet et, pour cela, poser d'abord le diagnostic de la grossesse (arrêt des règles, volume de l'utérus, aspect particulier du col abortif), puis celui de la rétention (défaut d'involution utérine, curettage explorateur, examen des pertes vaginales, hémorrhagies persistantes, tranchées utérines, ténesme vésical et rectal, persistance de certains phénomènes sympathiques, tels que les vomissements). Ne pas oublier de prendre régulièrement la température de la malade, pour surprendre les premières manifestations d'une infection toujours à craindre.

Puis, les auteurs discutent la conduite à tenir : 1° en l'absence de tout accident ; 2° dans le cas d'hémorrhagies ; 3° dans le cas d'infection. Enfin, ils exposent la technique à suivre pour pratiquer un bon curettage.

Voici les conclusions de ce travail qu'il faut lire, car les faits sont suffisamment nombreux pour entraîner la conviction du lecteur, mais dont nous devons malheureusement nous borner à donner, ici, le résumé :

" Il résulte de cette étude et des observations que nous avons rapportées, disent-ils, que la période plus ou moins longue, qui précède l'expulsion des annexes du fœtus abortif, est signalée plus souvent qu'on ne le pense généralement par des accidents dûs à la *septicémie* ou à *l'hémorrhagie.* Cette dernière surtout peut survenir, soudaine et violente, alors qu'on n'est plus là pour y porter remède.

" La longue rétention totale ou partielle du placenta amène preque toujours, au point de vue septicémique, des accidents qui, s'ils n'ont pas un retentissement immédiat, *agissent à distance et constituent chez la malade une tare pathologique pour l'avenir.*

" En présence de l'hémorrhagie ou de l'infection, les procédés usuels, tels que les *injections vaginales chaudes, antiseptiques* et les *lavages intra-utérins,*

sont, dans la majorité des cas, insuffisants ; ils amènent rarement l'expulsion des éléments retenus. Le tamponnement vaginal bien fait arrête généralement une hémorrhagie, mais ne provoque guère l'expulsion du placenta et l'hémorrhagie peut se reproduire après son ablation.

" Le seul vrai traitement pathogénique consiste à évacuer l'utérus, soit avec le doigt, soit avec la curette.

" Le *curage digital*, pour être bien fait, demande une exploration totale de la cavité utérine avec un ou deux doigts, et la pénétration d'un doigt jusqu'à l'insertion des éléments placentaires. C'est donc autre chose qu'une traction sur le placenta ou un fragment partiellement décollé avec le doigt et, ce qui est pire, avec la *pince*, instrument aveugle et d'un emploi condamnable. Le curage digital est quelques fois rendu difficile par l'étroitesse de l'anneau vulvaire (primipares), par l'impossibilité d'abaisser l'utérus et par le volume de la cavité utérine trop grande pour être explorée digitalement.

" S'il échoue, il faut faire le *curettage*, qui triomphe presque constamment des accidents. Il ne sera *inefficace* qu'entre des mains timides, négligentes ou trop hâtives. Jamais nous n'avons laissé dans l'utérus le moindre fragment placentaire. Comme toute opération, il peut être *dangereux* entre des mains malhabiles ou malpropres. La plupart des accidents signalés sont dus à des fautes d'antisepsies ou opératoires. N'user ni de la pince, ni des dilatateurs métalliques divergents. Explorer avec le doigt pendant et après l'opération.

" Le curettage est une opération *chirurgicale* délicate qui peut avoir à faire face à des incidents épineux et inattendus. Nul n'est obligé de la faire : dans l'infection, on a devant soi le temps de recourir à un confrère plus expert ; dans l'hémorrhagie, qui ne laisse pas ce loisir, on a la ressource de faire le *tamponnement utérin*, procédé d'hémostase irréprochable.

" *En dehors de tout accident, l'expectation pure est, pour nous, une imprudence.* La malade reste en imminence d'hémorrhagie et d'infection. Si le placenta tarde à sortir, l'extraire avec le doigt et la curette. En tout cas, toutes les fois que la malade ne pourra être soumise à une surveillance effective, nous considérons *comme une faute* de la quitter sans l'avoir mise dans l'impossibilité absolue d'avoir, en notre absence, une hémorrhagie soudaine, et pour cela nous préconisons le *tamponnement utérin*, d'une innocuité et d'une prophylaxie parfaites."

J. Batuaud in *Rev. des Maladies des Femmes.*

La *Revue Internationale de Rhinologie, Otologie et Laryngologie* publie l'observation d'un cas de nécrose du sphénoïde, par le Dr A. A. Foucher. La malade, atteinte quatre ans auparavant de syphilis, ne s'était jamais faite soigner. Elle offrait, au premier examen, les lésions suivantes : affaissement du nez, carie des cornets, pharyngite ulcéreuse, destruction du palais mou, voûte du palais dénudée, séquestre de grande dimension. Ce séquestre, constitué par le sphénoïde, tomba dans la bouche au moment d'un repas, quelques temps après. Malgré un traitement énergique, la malade mourut de sa syphilis sept ans plus tard.

ERRATUM

Dans notre dernière livraison, au bas de la page 24, une partie de la dernière ligne est tombée durant la mise en forme, ce qui a laissé un vide. La phrase complète se lit : " sans le déplacer j'incise le *prépuce d'un coup* de bistouri que je passe dans la fenêtre du clamp."

REVUE D'HYGIÈNE

LES FERMES VACCINALES EN PRUSSE.—Dans un numéro récent du *British Medical Journal*, le Dr J. N. S. Simpson, parlant de l'importance qu'il y a, pour la vulgarisation de la vaccination, de pouvoir fournir un vaccin qui soit à l'abri de tout soupçon ou reproche, attire l'attention sur les soins minutieux dont on entoure sa production en Allemagne.

" Il y a en Prusse, dit l'auteur, huit établissements comme celui que je vais décrire. Celui que j'ai vu, le plus ancien, est situé près du marché aux bestiaux et des abattoirs de Berlin, dans un endroit propre et aéré, et la bâtisse consacrée à la préparation du vaccin se compose d'une étable et de deux chambres. L'étable, bien éclairée, et bien ventilée, est divisée de chaque côté en huit compartiments pour les veaux. Le pavage et le drainage sont excellents ; on les arrose au moyen d'une lance attachée à une borne-fontaine. On a placé sur le pavé de chaque compartiment un plancher additionnel fait avec des pièces de bois fixées sur des supports en fer, de sorte qu'on peut les enlever régulièrement, les nettoyer comme il faut et les sécher. Ce plancher mobile est placé à une hauteur suffisante pour permettre de nettoyer complètement le dessous avec la lance sans déranger l'animal. On répand sur le plancher en bois de la paille, ce qui fait une litière excellente.

" Il y a, à côté de l'étable, une chambre de bonne grandeur où l'on peut vacciner les veaux ; elle contient deux tables à bascule avec des courroies et des paillassons disposés de telle façon que l'on peut y fixer les veaux sans trouble et sans douleur pour l'animal. Dans une grande chambre voisine, on prépare le vaccin et on l'emmagasine en quantité variable.

" Les veaux, âgés de 9 à 12 mois, coûtent $3.60 par tête. On n'emploie que les génisses, parce qu'elles sont plus propres. On ne leur fait subir aucune quarantaine spéciale, mais on les fait examiner par un vétérinaire nommé par le gouvernement lorsque le fournisseur les amènent, et ce vétérinaire rejette toutes celles qui ne lui paraissent pas en parfaite santé. Les animaux acceptés sont conduits à l'institut ; on n'accepte pas un animal dont la température dépasse 41° C. On injecte à tous les veaux 0 5 c. c. de tuberculine, et l'on prend la température douze heures après. On les garde ensuite au repos et sous observation pendant 24 heures, puis on les vaccine. Tout le temps que les veaux demeurent à l'institut, on les nourrit avec du lait et des œufs, chaque veau prend trois repas par jour, et à chaque repas 2 œufs et plus de 2 pintes de lait. Les animaux apprécient les œufs, et les prennent aussi bien avec leur coque. Ils augmentent habituellement de poids pendant leur séjour.

" Pour vacciner l'animal, on le fixe sur la table à bascule de manière à ce qu'il ne bouge pas, puis on le rase depuis le ventre jusqu'aux fesses, ainsi que la face interne des cuisses. On ne rase pas les aînes, parce qu'on a trouvé que les poils de cette partie protègent les vésicules du ventre et des cuisses, et les empêche de se frotter. Après avoir rasé ces parties, on les nettoie avec du savon et de l'eau, puis on les nettoie avec une solution de sublimé corrosif à 1 ur 1,000 ou d'acide carbolique à 3 pour cent, et enfin on les lave avec de au bouillie et on les assèche avec une toile stérilisée. Les instruments dont se sert, d'abord stérilisés, sont conservés dans l'alcool ; quand on en a besoin, les retire et l'on applique une allumette pour brûler l'alcool. On fait sur les rties rasées des incisions aussi longues que possible, une partie s'étendant des ses à la partie antérieure du ventre, une autre partie de l'aîne au genou, à la e interne des cuisses. On préfère ces longues incisions aux incisions plus tites, aux ponctions ou scarifications croisées : elles donnent une plus grande

quantité de lymphe et moins de trouble. Les incisions une fois terminées, un assistant en écarte les bord, et l'on étend la lymphe sur ces incisions comme le beurre sur du pain. Les vésicules sont généralement mûres et prêtes à céder leur lymphe au bout de 72 heures, ou tout au plus de 96 heures. Quelquefois, cependant, elles ne mûrissent pas avant 120 heures.

" Quand le temps est venu de cueillir la lymphe, on attache de nouveau le veau sur la table, et l'on nettoie toute la surface couverte de vésicules, avec de l'eau stérilisée et du savon, on l'assèche avec des linges stérilisés, on la lave de nouveau avec de l'alcool et on l'assèche de nouveau avec des linges stérilisés. On gratte alors la lymphe avec une cuiller en forme de tasse, en faisant agir une pression assez forte sur l'instrument, car l'on a trouvé qu'une pression légère expose plus à faire jaillir le sang. La lymphe ainsi recueillie est mise aussitôt dans des plats de Pétrie stérilisés. On place ces plats l'un après l'autre sur la balance, et pour chaque partie de lymphe on ajoute 2 parties d'eau stérilisée et 2 parties de glycerine. On emploie la glycerine de Sarg, de Vienne, laquelle est très pure ; la glycerine anglaise, qu'on a essayée, absorbe trop d'eau et dessèche trop la lymphe. Ayant ajouté les proportions voulues de glycerine et d'eau, il s'agit ensuite de les mêler d'une manière parfaite. On se sert du moulin à lymphe ou mélangeur fabriqué par Herr Julius Shober, 39, Adelbert Strasse, Berlin. Ce moulin consiste en quatre rouleaux de porcelaine fixés à une petite machine tournante et disposés de telle sorte que tout ce qui passe entre eux, quand ils sont en mouvement, se trouve intimement mélangé et tombe dans un vaisseau placé audessous.

" Le moulin coûte $25. On fait d'abord passer dans le moulin la partie épaisse du vaccin, puis ce qui reste de l'eau et de la glycerine. Après s'en être servi, on nettoie bien le moulin avec de l'eau chaude, et l'on conserve les rou leaux de porcelaine dans une solution de sublimé corrosif jusqu'à ce qu'on en ait besoin

" La lymphe glycerinée recueillie dans le vase placé sous le moulin à lymphe est disposée dans des bouteilles stérilisées de 50 c. c., et l'on ferme ces bouteilles avec des bouchons de caoutchouc conservés dans une solution de sublimé. Une étiquette, placée sur chaque bouteille, porte le numéro du veau qui a fourni la lymphe. On emmagasine ensuite ces bouteilles sur la glace, et l'on peut ainsi conserver la lymphe en bonne condition pendant au moins un an. Comme le veau est abattu dès qu'il quitte l'établissement et que ses organes sont examinés, on peut ainsi contrôler l'état de santé de l'animal qui a fourni le vaccin, et si l'examen à l'abattoir révèle que cet état de santé n'était pas parfait, la lymphe est détruite. De cette manière il est impossible d'employer pour la vaccination de la lymphe provenant d'un animal malade.

" A mesure qu'on en a besoin, on remplit avec la lymphe conservée dans l'armoire à glace des tubes de différentes grandeurs, contenant suffisamment de lymphe pour vacciner de 5 à 400 personnes. 1 c. c. (17 gouttes) est suffisant pour 4 vaccinations; on emploie pour un veau 4 c. c..... On place les tubes dans de petites boîtes de bois cylindriques, on les met dans de fortes enveloppes officielles et on les expédie par la malle.

" En Prusse, on vaccine les enfants sur le bras, à quatre endroits ; quatre endroits est le minimum exigé par la loi. Les élèves des écoles publiques ou privées doivent être revaccinés. Tout soldat qui entre à l'armée est vacciné pour la troisième fois."

LES DANGERS DES CIMETIÈRES.—Tandis que tout le monde s'accorde à trouver dangereux, ou au moins peu désirable, dit le *British Medical Journal*. l'enterrement des cadavres entre les murs, dans une voûte, ou près d'une église, les défenseurs de l'enterrement dans le sol mettent en avant la destruction des microbes pathogènes par les germes saprophytes et l'activité de l'oxydation dans les terrains favorables ; les avocats de la crémation, au con-

traire, croient à une vitalité plus grande des germes des maladies, et au danger réel de la pollution des eaux du sol et des puits, quoique, dans les villes et les grands villages, on a diminué le danger en remplaçant les puits privés par les aqueducs. Hoffman même, le défenseur officiel, en Allemagne, des pratiques courantes, admet la survivance et la multiplication des bactéries de la fièvre typhoïde et du choléra, et récemment le professeur Albu, dans un travail de concours sur la crémation, en a donné des preuves nombreuses et authentiques. Il est vrai que Skrzeczka, Wernicke et Pistor ont mis sur le compte de l'abaissement du terrain, des courants d'eau souterrains et de la densité de la population, la mortalité élevée par fièvre typhoïde et le choléra que Zuelzer a signalée parmi la population demeurant autour des cimetières de Berlin. Albu trouve l'explication insuffisante. A Vienne, depuis 1875 jusqu'à ce que la ville s'approvisionnât d'eau pure dans les montagnes, la pollution de l'eau du sol et des puits par la filtration qui venait des cimetières, placés sur les terrains élevés qui entourent la ville, augmentait tous les jours : à la fin, l'eau était devenue jaune et troublée, chargée de nitrates, et les sulfures d'hydrogène et d'ammoniaque lui donnaient une odeur repoussante. Dans un rapport publié en 1886 sur les cimetières du Danemark, le Dr Levison, dit que Copenhague et 20 des 68 villes du royaume souffrent d'un semblable état de chose, et que 78 épidémies de fièvre typhoïde ont eu pour cause évidente le voisinage d'un cimetière. Le Dr Lamm affirme que depuis quelques années, la mortalité auprès des trois cimetières de Saint-Petersbourg est de 75 à 85 par 1,000, tandis que celle d'autres quartiers plus pauvres de la ville n'est que de 25. Le Dr Dvenitz, pendant plusieurs années professeur de médecine à Tokio, nous a donné l'un des exemples les plus frappants de la persistance de l'infection dans le sol. Durant l'épidémie de 1877, un détachement de soldats fut envoyé dans un district éloigné pour calmer une émeute, et fut décimé par le choléra ; mais depuis cette année là jusqu'en 1879, l'empire fut exempt de la maladie. En 1879, les autorités décidèrent de transporter les restes des soldats dans un cimetière public, et employèrent un certain nombre d'ouvriers pour faire l'ouvrage. Pendant qu'ils y travaillaient, le choléra se déclara subitement parmi eux, sans autre cause d'infection apparente. Le même fait se répéta, avec les mêmes circonstances, dans un autre endroit, et ces deux localités devinrent le centre de l'épidémie de 1879. Un fait analogue, c'est l'apparition du choléra à Jativa, en 1890, alors que l'Europe et l'Espagne étaient depuis cinq ans exempts de la maladie ; la cause cette fois-ci n'est pas attribuée à des cadavres, mais à l'excavation de terrains saturés par les déjections des cholériques des épidémies précédentes. Le cas de Sir Joseph Lister (aujourd'hui Lord Lister), de cet hôpital d'où l'on ne put faire disparaître la gangrène tant que l'on n'eût pas exhumé et brûlé les cadavres d'un cimetière voisin, et celui raconté par M. Wheelhouse du village de Yorkshire, où une scarlatine très maligne réapparut après trente ans pendant que l'on exhumait du cimetière les restes des victimes de l'épidémie précédente, ces deux cas prouvent clairement que s'il y a eu parfois de l'exagération, il n'y a cependant rien d'impossible dans les histoires effrayantes des épidémies du moyen âge et même de la fin du XVIIe siècle.

LA CONTAGION DE LA ROUGEOLE ET DE LA COQUELUCHE.

Chaque année, quand viennent les temps froids, on voit apparaître la rougeole la coqueluche. Ce sont deux maladies infectieuses dont on ne connaît pas le erme, mais qui arrivent généralement l'une après l'autre, et contribuent largeıent à augmenter la mortalité infantile non pas tant par elles-mêmes que par s complications qu'elles provoquent. Elles sont très contagieuses, et le fait st si bien admis qu'il est de croyance populaire que les enfants doivent avoir rougeole et la coqueluche, qu'ils ne peuvent l éviter, et que mieux vaut les ıbir jeune que plus tard, parce qu'elles sont alors moins dangereuses.

On ne peut pas empêcher une maladie, contagieuse ou non, de faire son

apparition. Ceci est encore en dehors du contrôle de la volonté humaine. Mais peut-on empêcher une maladie, une fois apparue, de se propager ? L'expérience et l'observation répondent oui, surtout lorsqu'il s'agit de maladies contagieuses. Il suffit de bien comprendre comment la contagion peut se faire, et la prévenir. Un enfant peut tomber malade de la rougeole ou de la coqueluche, et sera peut-être fort en peine de dire comment et où il a contracté la maladie. Dès que l'enfant est malade, cependant, peut-il donner la maladie aux autres enfants ? Certainement oui. Peut-on faire en sorte qu'il ne donne pas la maladie ? C'est très facile.

L'enfant qui a la coqueluche, dit Osler, peut infecter la chambre, la maison ou l'école, mais la contagion se fait surtout de personne à personne. La rougeole se communique par la respiration et les sécrétions, surtout celles du nez; une tierce personne peut servir de moyen de transport. Ce qu'il faut bien retenir, c'est que la contagion est possible dès le début de la maladie. D'après les instructions du Conseil d'Hygiène de la Province, la rougeole est déjà contagieuse avant l'apparition de l'éruption, alors que l'enfant ne présente pour tous symtômes que des yeux larmoyants et de la toux ; la coqueluche est déjà contagieuse lorsque le malade ne présente pour tout symptôme qu'un rhume ordinaire.

Alors que faut-il faire ? Tout simplement mettre l'enfant dans une chambre à part, l'isoler de la famille et le laisser seul avec sa mère ou sa garde-malade. On lui donne alors tous les soins qu'il faut, on prend les mesures conseillées par le médecin, et l'enfant guérit sans donner la maladie à ses petits frères et petites sœurs. Quand la famille est très pauvre et n'a qu'une chambre, il vaut mieux alors que la mère ou la sœur aille demeurer à l'hôpital avec l'enfant malade jusqu'à ce qu'il soit mieux. C'est un sacrifice, mais on l'accomplit pour protéger le reste de la famille, et ce n'est pas un sacrifice inutile, puisqu'il est efficace.

On prétend que ces mesures nouvelles et radicales pour protéger les gens contre la maladie sont contraire à l'esprit chrétien et à l'esprit de famille. C'est une erreur profonde On ne prenait pas autrefois ces précautions parce qu'on ignorait ce que c'était que la contagion. Mais aujourd'hui un grand nombre de parents n'hésitent plus à faire un sacrifice pour protéger la santé de leurs enfants, parce qu'ils y voient un moyen de s'exempter de plus grands sacrifices encore, et qu'ils comprennent que ce n'est pas aimer véritablement ses enfants que de les laisser exposés aux dangers d'une maladie contagieuse, quand elle est évitable.

LA DIPHTÉRIE ET LE CROUP.—La maladie qu'on appelle aujourd'hui la diphtérie était connue de Galien. Il y en eut des épidémies en Europe durant le moyen-âge. En Amérique, la maladie fit son apparition parmi les premiers colons de la Nouvelle-Angleterre, et s'étendit sous forme d'épidémies durant les 17e et 18e siècles. Samuel Bard, de New-York, en 1770, en donne une excellente description. C'est Bretonneau qui a découvert que les maux de gorge malins, qu'on appelait de son temps *angine suffocante*, *angine putride*, etc., étaient tous de même nature, et le premier il fit usage du mot *diphtérite*.

Bretonneau n'était qu'un clinicien, mais la justesse de son observation fut confirmée en 1884 par la découverte de Loeffler, et les cliniciens d'aujourd'hui, avant d'affirmer qu'une angine membraneuse est de nature diphtéritique, s'assurent d'abord de la présence du bacille de la diphtérie. C'est le seul diagnostic positif.

Maintenant, l'angine diphtéritique peut s'étendre à l'entrée des voix respitoires, au larynx ; la diphtérie peut aussi s'établir d'emblée au larynx, sans toucher la gorge. C'est ce qui constitue la laryngite membraneuse, le croup. On constate dans les membranes la présence du bacille de Klebs-Loeffler, et, à part du danger d'asphyxie, la maladie offrent des symptônes toxiques;

elle est aussi très contagieuse. L'angine diphtéritique et le croupne sont qu'une même maladie à localisation différente. La meilleure preuve clinique qu'on puisse en donner, c'est que la sérothérapie agit avec une efficacité égale sur l'une ou sur l'autre.

Y a-t-il une laryngite membraneuse qui n'est pas de nature diphtérique ? On l'a cru longtemps ; on en doute aujourd'hui. Mais l'on rencontre quelquefois, moins souvent en Amérique qu'en Europe, chez les jeunes enfants de six mois à trois ans, un spasme nerveux de la glotte qui se manifeste surtout pendant la nuit, et qu'on a appelé laryngite striduleuse ou faux croup. L'affection survient subitement, sans prodômes, et revêt une forme effrayante. Elle cède cependant aussi vite qu'elle est venue sous l'influence du chloroforme. L'on aurait donc bien tort de confondre le faux croup avec le croup véritable, de nature diphtérique, comme une maladie non contagieuse et non infectieuse. Bien au contraire.

A l'heure actuelle, le médecin appelé auprès d'un cas de croup doit le traiter comme un cas de diphtérie ; isoler le malade, injecter du sérum, faire les déclarations voulues par la loi. En agissant ainsi, il se tiendra du côté de la vérité et, ce qui est plus important, guérira son malade ; il empêchera la maladie de se répandre et ne la déguisera pas sous un nom d'emprunt.

Les autorités sanitaires proclament depuis longtemps déjà l'identité de la diphtérie et du croup, et l'année dernière le Conseil d'Hygiène de la Province publiait la circulaire suivante :

" Informé qu'un grand nombre de cas de croup échappent au contrôle des " autorités sanitaires, et que, le plus souvent, cela est dû à ce que le public croit " que le croup n'est pas contagieux, le Conseil d'Hygiène autorise la publi- " cation des définitions suivantes :

" Le croup n'est rien autre chose que la diphtérie qui attaque plus spéciale- " les voies respiratoires (larynx). L'expression *diphtérie laryngée* désigne mieux " que le mot croup la nature de cette maladie, et elle devrait être préférable- " ment employée.

" Il faut distinguer le croup ou diphtérie laryngée, maladie qui est conta- " gieuse, du faux-croup ou laryngite striduleuse, maladie qui n'est pas conta- " gieuse. Il n'y a pas de membranes dans la laryngite striduleuse ou faux- " croup. La toux, de forme croupale, qui caractérise cette maladie, n'est due " qu'à un élément nerveux."

Nous n'ajouterons rien à ces définitions qui, il y a quelques années, auraient paru étranges, mais qui sont aujourd'hui parfaitement exactes.

Le Conseil d'Hygiène de la Province a demandé au gouvernement provincial d'être relevé de la surveillance de l'Institut Vaccinogène de Ste-Foye, et sa demande a été accordée. Nous le regrettons sincèrement, car cette surveillance était une garantie pour la profession médicale. C'est à la suite de l'emploi de mauvais vaccin qu'ont éclaté les troubles de 1885, lors de l'épidémie de variole, troubles regrettables à plus d'un point de vue, et qu'il aurait été facile de prévoir en prenant les précautions nécessaires. L'emploi d'un vaccin de mauvaise qualité peut faire le plus grand tort au médecin dans sa clientèle. Il est donc nécessaire que la production du vaccin soit surveillée par des autorités compétentes. Nous ne mettons pas en doute l'habileté du directeur de l'Institut vaccinogène, mais le certificat des autorités sanitaires, quand il s'agit d'hygiène, toujours une valeur qu'il est bien difficile de remplacer. La production du vaccin à la ferme de Ste-Foye ne sera maintenant surveillée que par un médecin inspecteur nommé par le gouvernement. Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur ce fait.

REVUE DE PEDIATRIE

Sous la direction du Dr Isaïe Cormier,
Médecin des enfants à l'Hôpital Notre-Dame.

OZONE.—I. *Définition :* L'Ozone ou oxygène ozonisé, en d'autres termes l'oxygène électrisé, n'était pas jusqu'à présent utilisé en nature.

Depuis quelques années, et surtout depuis les travaux de Desnos et Hérard, l'ozone est mieux connu. Récemment, le Dr Donatien Labbé, en France, et plusieurs confrères américains ont montré que les inhalations d'ozone peuvent rendre de grands services dans la coqueluche.

L'ozone ou oxygène électrisé est produit en certaine quantité autour d'une machine statique en marche.

Le Dr Donatien Labbé préfère actionner le tube à inhalations qu'il utilise par une bobine Rumkorff. Cette bobine dont les pôles négatif et positif sont fixés d'une part à la source d'électricité, d'autre part aux deux parois latérales d'une canule en verre coudé par lequel passe l'air extérieur inspiré et électrisé par le circuit du courant de la bobine.

L'enfant n'a donc qu'à aspirer l'ozone incessamment produit par le tube en verre placé dans la bouche.

II. *Indications et mode opératoire :* Chaque séance (une à deux par jour) dure 20 à 25 minutes. L'appareil de Rumkorff peut être loué au mois (Chardin).

Le Dr Donatien Labbé et le Dr Burlureaux ont vu dans une série de cinq à six cas des enfants ayant vingt quintes par jour, tomber à cinq ou six quintes dès le quatrième jour et guérir très rapidement sans rechute.

Le Dr Labbé affirme *l'innocuité absolue* de l'ozone et son insipidité.

III. *Effets physiologiques et contre-indications :* L'ozone (Gubler) est incomparablement plus énergique que l'oxygène pur. Il excite les voies respiratoires, la circulation, impressionne la sensibilité de la muqueuse bronchique et laryngée, provoque la toux.—La première période dite d'excitation est suivie d'une période de légère dépression.

MM Desnos et Hérard l'ont employé en inhalations dans la tuberculose des adultes. Il conseille d'en user à doses très faibles si l'on ne veut voir survenir des accidents très graves.—Les solutions concentrées d'ozone sont absolument dénuées de valeur (Jalancourt).

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE PAR LES INHALATIONS D'OZONE, par le Dr E. Doumer.—Il y a quatre ou cinq ans, les Docteurs Labbé et Oudin ont fait connaître les bons effets qu'ils ont retirés des inhalations d'ozone dans la coqueluche. Quoique les résultats annoncés par les auteurs fussent des plus encourageants, et malgré le soin et la conscience avec lesquels ces recherches ont été faites, cette méthode ne s'est pas répandue ; il faut attendre jusqu'à ces derniers mois pour avoir de nouvelles publications sur ce sujet. Au mois de juillet, MM. Labbé et Oudin rapportaient une nouvelle série de cas heureusement traités par l'ozone, et au dernier congrès de Boston, le professeur Caillé de New-York, publiait une série de sept cas de coqueluche traités soit par lui-même, soit sur sa demande, par le Docteur W.-G. Mangold de New-York, tous guéris en très peu de jours par cette médication.

J'ai voulu me faire une opinion personnelle et contrôler les résultats annoncés par ces divers auteurs. J'ai réuni cinq cas de coqueluche bien confirmée,

assez récents, d'intensité moyenne ; le plus ancien datait d'un mois, le plus récent de quinze jours ; les quintes variaient de 20 à 60 par jour. L'état général de tous ces malades était satisfaisant, excepté chez un petit enfant de quatre ans, qui présentait de la pâleur de la face, avait souvent des vomissements alimentaires et quelques épistaxis. Les nuits étaient, en général, troublées par des quintes de toux, excepté chez une adulte qui n'était que très faiblement atteinte. L'âge de ces malades variait de 3 à 35 ans ; ils appartenaient tous à la même famille, quatre frères ou sœurs et la mère.

Ils furent soumis à des inhalations d'ozone de 10 à 15 minutes, répétées deux fois par jour. Dans cette première série de recherches, je n'ai pas fait le dosage de l'ozone, mais le débit de l'appareil était assez grand pour que la salle dans laquelle se faisaient ces inhalations fut, dans toutes ses parties, imprégnée de l'odeur caractéristique de l'ozone.

Voici les résultats généraux que j'ai observés :

1° Dans tous les cas où les nuits étaient mauvaises, c'est-à-dire dans quatre, elles devinrent meilleures dès le second jour, c'est-à-dire après la quatrième inhalation ;

2° Le petit enfant qui avait, à peu près tous les jours des vomissements alimentaires, n'en eut plus à partir du début du traitement ;

3° Dès le second jour, les quintes devinrent moins fréquentes et moins pénibles ;

4° Toutes les fois qu'il y avait interruption dans le traitement, les quintes présentaient une tendance à revenir plus nombreuses ;

5° Tous ces malades guérirent dans un laps de temps variable de 9 à 15 jours, après un nombre de séances ayant varié de 12 à 27 ;

6° Jusqu'ici il n'y a pas eu de récidive, les traitements remontent au milieu du mois d'août

Je reconnais volontiers que cette statistique repose sur un nombre très restreint de cas, aussi, s'il se fut agi d'un travail original, encore absolument vierge de toute publication, j'aurais attendu pour la présenter, d'avoir un plus grand nombre de cas à y faire entrer ; mais il s'agit ici de l'examen d'une méthode déjà publiée, et d'une simple contribution à une étude commencée par d'autres que moi ; mes 5 cas heureux s'ajoutent aux 7 cas de Caillé, de New-York, aux 14 ou 15 cas également heureux que les Docteurs Labbé et Oudin ont récemment rapportés. Il y a donc, jusqu'à ce jour un total de 26 cas de coqueluche bien confirmée, qui, traités par la méthode de Labbé et Oudin, ont tous été guéris rapidement. Ce sont là des résultats fort encourageants, et dont il sera intéressant de poursuivre l'étude.

(*In le Nord méd.*).

DE LA DURÉE DE L'INCUBATION ET DE L'ÉPOQUE DE LA TRANSMISSIBILITÉ DE LA COQUELUCHE, par le Dr A. Léon, médecin en chef de la Marine, en retraite.

Sur la durée de la période d'incubation des maladies contagieuses : fièvres éruptives, coqueluche, oreillons et autres, de même que sur le moment précis où la possibilité de contamination commence et se perd, nous n'avons encore que des données approximatives et des chiffres un peu flottants. Aussi est-il de notre devoir, quand les circonstances nous permettent de déterminer avec certitude ces points le plus souvent difficiles à fixer, de noter avec soin ces circonstances et de les livrer à la publicité. En pareille matière, quelques dates et des faits, si peu nombreux soient-ils, mais dont l'interprétation est rigoureuse, me semblent plus précieux qu'une multiplicité d'observations où l'on ne peut se baser que sur des à peu près.

Voici les faits :

Deux enfants sont en présence, le contaminateur et le contaminé ; pour la

facilité de l'exposition, j'appellerai, si vous le voulez bien, le premier l'enfant A, et le second, le contaminé, l'enfant B.

Le 13 juillet dernier, l'enfant A, une fillette de dix ans, de bonne santé habituelle, se trouve en contact dans une habitation de la banlieue de Bordeaux avec l'enfant B, âgé de trois ans et demi, alors en pleine santé, qui reçoit sa petite amie et joue avec elle dans le courant de l'après-midi. L'enfant A habite aussi la campagne, mais dans un quartier très éloigné du lieu de la réunion ; elle toussait depuis la veille, d'une toux banale, et ne ressentait aucun malaise ; mais ses deux frères avec lesquels elle vivait, avaient la coqueluche depuis quelques jours. Cette toux banale devint caractéristique avec le sifflement spécifique, les vomissements glaireux et le reste, le 19, c'est-à-dire six jours après les premiers symptômes. Lorsqu'elle joua le 13 juillet avec l'enfant B, elle était donc au premier jour de la manifestation qui devait se changer peu après en coqueluche confirmée.

Le 24 du même mois, par conséquent onze jours après le contact du 13, l'enfant B présente de l'enrouement avec rougeur vernissée des piliers du voile et du pharynx Cet enfant est sujet à ces accidents, et chez lui les rhumes débutent par ces symptômes. On institue aussitôt le traitement qui lui réussit d'ordinaire en pareille circonstance : il garde la chambre ; on lui applique des bottes d'oüate et on le soumet, avec un grand pulvérisateur, à des fumigations répétées de décoction de feuilles d'eucalyptus, en entretenant autour de lui une température de 18 à 20°.

Cette médication reste sans effet ; la toux s'accentue, devient plus fréquente, mais sans présenter encore de caractères spéciaux. Le 28 seulement, quatre jours après les premiers accidents, elle devient suspecte, arrive par quintes et s'accompagne, le 29, de vomissements glaireux ; deux jours après se produisent les inspirations spasmodiques ; mais dès le 29, le diagnostic était posé.

On peut donc avancer avec certitude que chez l'enfant B, la période d'incubation a duré onze jours. Car, à part la visite reçue le 13, cet enfant, qui n'a pas quitté sa résidence, dont tout le voisinage est absolument indemne (la chose est facile à savoir à la campagne), qui n'a pas eu d'autres relations suspectes, n'a été soumis à aucune cause de contamination que celle signalée plus haut. Ce chiffre de onze jours me semble, dans l'espèce, au-dessus de toute contestation.

De plus, une autre déduction s'impose : la coqueluche est transmissible certainement dès le premier jour de ses manifestations initiales, avant qu'elle ait pu être diagnostiquée à coup sûr. Peut-être même l'est-elle pendant la période d'incubation, alors qu'elle est encore en puissance absolument silencieuse. Mais ceci ne peut se déduire du fait précédent ; ce n'est plus qu'une supposition et ne saurait être admis sans une preuve ayant la valeur d'une expérience rigoureuse.

RECHUTE ET RÉCIDIVE DE LA ROUGEOLE par le Dr Bonnet (d'Auray).—J'observe depuis six mois une forte épidémie de rougeole dont j'ai exactement noté la marche contagieuse sur 14 communes. J'ai pu recueillir des observations très nombreuses qui marquent d'un cachet particulier cette affection, et l'avenir me dira, j'espère, l'importance de certaines complications difficiles à juger plus tôt.

Pour aujourd'hui, je vous soumets les quelques observations de rechutes et le chiffre suffisamment élevé de récidives que j'ai vues.

Le 11 mai 1896, dans la commune de Plougoumelen, une petite fille de 4 ans est en pleine éruption avec température de 39°8 et tous les symptômes évidents de la rougeole. Le 22 mai elle sort, et le 1er juin je la retrouve au lit avec une nouvelle éruption bien franchement rubéolique, une température de 38°9, une toux croupale, une légère otorrhée à gauche, tous symptômes qui disparurent en 6 jours, sans qu'il y ait eu, dans ces deux manifestations, la moindre médication qu'un régime diététique plus ou moins sagement surveillé.

Le 17 mai, à 3 kilomètres de la précédente, dans la même commune, sans contact entre les malades, une petite fille de 3 ans, très vigoureuse, est en pleine

rougeole ; je lui trouve 39° : une diarrhée intense nécessite 20 grains de salicylate de bismuth, 8 jours après elle sort. Je suis rappelé près d'elle le 5 juin, et je lui trouve une nouvelle éruption de rougeole plus confluente que la première, avec 39°9 Le 12 juin elle sortait.

Le 22 juin, au bourg de Miradec, à 8 kilomètres au nord des deux précédentes, un petit garçon de 6 ans est en pleine éruption. J'ai déjà soigné cet enfant, il y a 3 ans, en juin 1893, pour une rougeole qui fut très grave par ses complications pulmonaires. Il a 39°2, on le garde soigneusement au lit pendant 15 jours ; et, malgré ma recommandation il sort le 13 août. Je suis rappelé près de lui le 16 pour une nouvelle éruption moins confluente que la première mais accompagnée d'une dyspnée inquiétante avec 39°9 et d'une conjonctivite intense. Sans autre chose qu'une surveillance et des soins très grands il était, 12 jours après, disposé à sortir.

Au bourg de Pluvinon, où l'épidémie de rougeole a été très grave, j'ai vu un petit garçon de 4½ ans en pleine éruption le 18 août, avec toux croupale qui nécessita une visite ; il a 39°5. Le 30 août cet enfant jouait dans la rue. Le 8 septembre je suis rappelé près de lui : une nouvelle éruption très confluante a reparu avec une broncho-pneumonie double qui, malgré tout ce qu'on put faire, emporta l'enfant le 13 septembre.

Voilà donc 4 cas de rechute bien caractérisés dont un avec récidive. Ces cas ont été observés dans des milieux très infectés, mais sans que rien dans la constitution des enfants, leur santé habituelle. leurs antécédents ait semblé les disposer à ces exceptions. Entre la première éruption et la rechute jamais l'intervale n'a été de plus de 20 jours.

Il serait trop long de relater ici les nombreux cas de récidive que j'ai notés : en voici le tableau sommaire.

Sur un ensemble de 1500 jeunes malades, j'ai pu en observer sérieusement 350, et sur ce nombre je compte 122 cas de récidive : 45 petits garçons de 7 à 12 ans et 52 petites filles de 6 à 13 ans ont eu la rougeole il y a 4 ans, de mai à septembre 1892, 25 enfants, dont 11 garçons et 14 filles de 14 ans à 18 ans, ont eu la rougeole observée par moi-même dans leur enfance, dans la grande épidémie que nous avons eue eu 1883 à Auray et aux environs.

J'ai vu, le 30 septembre dernier, un fort jeune homme de 25 ans, terrassier, habitant un village où il y avait 5 enfants malades de la rougeole, pris d'une éruption tellement confluente, avec une dyspnée si intense que j'ai cru qu'il allait mourir ; il avait 40°2 de température, 6 jours après il était bien. Or, ce jeune homme avait eu à l'âge de 15 mois une première rougeole, et en 1881, à Auray même, je l'ai soigné pour une seconde rougeole qui se compliqua de bronchite très grave qui fit craindre des lésions tuberculeuses que l'avenir n'a pas confirmées, car il est aujourd'hui très vigoureux.

Des confrères, sérieux observateurs, aujourd'hui disparus, m'ont, dans les nombreuses épidémies de rougeole où je les ai vus, affirmé la fréquence des récidives, et mon observation personnelle, déjà respectable, m'a convaincu de la réalité de ce fait clinique.

Les rechutes sont, je crois, très rares, et l'avenir dira mieux ce qu'on doit conclure de cette réapparition d'un exanthème qui est toujours sans doute dû à la même première cause n'ayant pas épuisé tous ses effets.

Puissent ces faits précis aider à éclairer l'étude de la rechute et de la récidive dans la rougeole.

(In Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.)

L'ALLAITEMENT CHEZ LES ALBUMINURIQUES par M. le Dr GAULIN.—Pendant plusieurs mois nous avons observé attentivement, presque tous les jours, toutes les femmes albuminuriques accouchées à la clinique Baudelocque, et elles sont tenues à nourrir leurs enfants : nous n'avons jamais pu constater rien d'alarmant. Au contraire, l'état général de ces femmes s'améliorait, la

quantité de l'albumine des urines diminuait, si bien que, très souvent, ces femmes se croyant tout à fait guéries, ne voulaient pas attendre la disparition complète de l'albumine et quittaient le service malgré les observations qu'on leur faisait.

Notre statistique comprend 163 enfants, 10 d'entre eux n'avaient pas augmenté jusqu'au moment de la sortie ou avait augmenté de moins de 10 grammes par jour, c'est à-dire d'une quantité absolument insuffisante. Ces dix enfants entrent dans notre statistique pour la valeur de zéro et nous pouvons quand même donner une moyenne comprenant tous les enfants sans exception, qui s'approche de 35 grammes par jour. Il n'est pas sans intérêt, aussi, de faire connaître également combien d'enfants n'ont pas augmenté de 20 grammes par jour, poids que beaucoup d'auteurs, parmi lesquels M. le professeur Tarnier, donnent comme un minimum au-dessous duquel on ne doit pas être satisfait du développement de l'enfant et considérer la femme comme bonne nourrice. De ces enfants qui n'ont pas augmenté de 20 grammes par jour, nous en trouvons 33, ce qui revient à 1 sur 5 enfants. Nous n'avons pas fait de statistique comparative mais nous pensons qu'en raison des causes multiples qui peuvent survenir et même souvent sans raison aucune, on doit observer, à peu près dans les mêmes proportions, des cas où l'enfant n'augmente pas comme il devrait le faire. Cette proportion d'une mauvaise augmentation pour quatre bonnes est loin, nous croyons, d'être favorable.

Pour ceux qui voudraient nous objecter que les enfants sont restés trop peu à la clinique pour qu'on puisse porter un jugement valable, nous avons fait une autre petite statistique. Cette statistique ne comprend que les enfants des femmes qui ont été soumises, pendant 15 jours au minimum après l'accouchement, au régime lacté absolu. Ce sont certainement les cas les plus défavorables, où l'albuminurie a résisté le plus, et dans lesquels entrent la plupart des femmes avec lésions rénales définitives.

Les enfants sont au nombre de 40. Deux seulement n'avaient pas augmenté ou avaient augmenté de moins de 10 grammes par jour jusqu'au moment de la sortie ; tous les autres avaient augmenté et, en moyenne, y compris les 2 précédents pour la valeur de zéro, de 27 grammes par jour.

Cette moyenne, bien qu'inférieure à la moyenne qui porte sur la totalité des cas, reste encore une moyenne satisfaisante.

Quant aux enfants des femmes qui ont présenté des accès éclamptiques, l'augmentation a été moins prononcée. Ils étaient au nombre de 16 et ils n'ont augmenté que de 23 grammes par jour.

Il est une autre donnée qui peut servir, jusqu'à un certain point, à juger de la valeur d'une nourrice. C'est l'époque à laquelle l'enfant a atteint le poids de la naissance.

Winckel a observé que plus de la moitié des enfants classés dans sa statistique avaient atteint le poids de la naissance le 10e jour.

Nous trouvons que les deux tiers de nos enfants avaient atteint le poids de la naissance avant le 10e jour (106 sur 163); et en moyenne tous les enfants l'avaient atteint le 7e jour.

Ces chiffres sont éloquents, nous pensons que des commentaires seraient superflus

Il reste à examiner le second point de la question, à savoir, comment les mères nourrices, dont la plupart étaient au régime lacté absolu, ont supporté cet acte physiologique, l'allaitement, que certains médecins estiment, chez les albuminuriques, nuisible à leur santé et portant entrave à la guérison naturelle de l'abuminurie.

En consultant le tableau, dans lequel nous donnons un résumé des observations prises, on peut s'assurer facilement que la grande majorité des femmes n'avaient plus à la sortie de la Clinique d'albumine dans les urines ou en avaient encore des traces seulement.

Il est probable que l'albumine aurait, chez la plupart, disparu tout à fait des urines, si elles étaient restées quelques jours de plus à la clinique.

Il est impossible de juger d'après la durée de l'albuminurie si l'allaitement a été une entrave à la guérison ou non, et de vouloir faire les statistiques comparatives. On sait en effet que rien n'est plus variable que la durée de l'albuminurie après l'accouchement.

Tantôt 2 ou 3 jours après l'expulsion du produit de conception il est impossible de déceler des traces d'albumine dans les urines, tantôt au contraire l'albuminurie peut se prolonger pendant plusieurs jours, ou plusieurs semaines, ou même quelquefois jusqu'à la grossesse suivante, au cours de laquelle elle redouble alors d'intensité, et cela en dehors de l'allaitement et malgré le traitement le mieux suivi.

Mais si l'allaitement était aussi nuisible aux albuminuriques que certains l'estiment, nous devrions avoir un nombre assez considérable de cas dans lesquels l'albumine serait en augmentation ou resterait au moins stationnaire.

Eh bien ! chez 7 femmes en tout, l'albumine augmentait (2 femmes) ou restait stationnaire (5 femmes).

Quand on considère que dans notre statistique les brightiques ne sont pas exclues, on ne peut pas certainement incriminer l'allaitement qui aurait dû faire sentir bien plus souvent ses méfaits. Et même en dehors du brightisme, il n'est pas rare de voir une albuminurique gravidique évoluer avec tous les symptômes de la maladie de Bright, sans que l'allaitement soit en cause.

Chez aucune des 158 femmes on n'a trouvé nécessaire, pendant le temps qu'elles sont restées à la clinique, d'interrompre l'allaitement

Ces femmes, tout en accomplissant leur devoir strict, à défaut duquel une femme n'est mère qu'à moitié, ont pu retirer les profits que procure l'allaitement. L'involution utérine a dû être plus rapide et plus complète ; les organes génitaux se sont trouvés dans un repos relatif par suite de la cessation de la fonction menstruelle, qui sommeille habituellement pendant la lactation.

Nous pensons même, qu'un bon nombre de ces femmes, sont redevables à l'allaitement du prompt rétablissement de la santé. Pour fournir les matériaux nécessaires à la nutrition de son enfant la mère a mangé davantage, les fonctions digestives se sont exercées avec plus d'activité, l'assimilation a été meilleure, et beaucoup d'entre elles ont dû ainsi améliorer leur nutrition interne, qui est si souvent ralentie, comme M. le professeur Bouchard nous l'a appris.

Il s'ensuit donc que toute femme albuminurique peut et doit allaiter son enfant. Il n'y a que dans les cas tout à fait rares, dans lesquels l'albumine des urines augmente ou reste stationnaire pendant plusieurs semaines, qu'on devrait suspendre l'allaitement. De même, si l'enfant dépérissait, on pourrait essayer une autre nourrice.—(*In Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.*)

M. l'abbé Choquette, de Saint-Hyacinthe, a fait le mois dernier, à l'Université Laval, une conférence des plus intéressantes sur les rayons X. Chaque étape de la question nous a été expliquée avec précision et clarté, et démontrée à part cela par des expériences très bien réussies et des vues projetées sur la toile Nous avons vu non seulement les rayons X, mais encore leur projection à travers l'écran phosphorescent. Cette conférence de M. l'abbé Choquette était les plus instructives, et nous lui offrons nos sincères compliments.

NAISSANCE

A Saint-Barthelemy, le 1er de février 1897, la femme du Dr D. Roberge, un fils, qui a reçu au baptême les noms de Jules-Paul-Emile.

FORMULAIRE

Rhumatisme articulaire aigu.

Le malade doit garder le lit tout le temps qu'il a de la fièvre, et plusieurs jours après qu'elle a cessé.

Traitement local.—Lotion de Fuller :

Teinture d'opium	1 once
Carbonate de potasse	½ —
Glycerine	2 onces
Eau	9 —

M. Sig.—Appliquer sur les jointures malades à l'aide de toiles chaudes.

Immobiliser les jointures dans de l'ouate avec un bandage.

Traitement interne.

Salicylate de soude	3 drachmes
Sirop de gingembre	1 once
Eau	q. s. ad 6 onces

Sig.—Une cuillérée à table toutes les deux ou trois heures.

On fait d'abord prendre 15 grains toutes les deux heures jusqu'à ce que les bourdonnements d'oreille apparaissent, et l'on persévère ensuite pendant vingt-quatre heures encore. La fièvre et la douleur ont généralement alors disparues. Ensuite, pendant huit ou dix jours, on fait prendre au malade, dans les vingt-quatre heures, 60 à 80 grains de salicylate.

Diète.—Lait et gruau. Eviter le bouillon, les stimulants et les viandes.

Complication.—Si le rhumatisme se porte au cœur, ce que l'on constate par les bruits de souffle, il faut mettre le malade au traitement alcalin, tout en continuant le salicylate : on fait prendre le citrate ou le carbonate de potasse à hautes doses. On peut aussi donner le chloral deux fois par jour, pour calmer le cœur.

JAMES STEWART.

Goutte.

Diète.—Diminuer la quantité des aliments. Prescrire la viande ou les végétaux suivant l'estomac des malades. Surveiller la digestion de la graisse et du sucre. Proscrire les stimulants.

Traitement interne.

Salicylate de lithine..... 1 drachme
Sirop d'oranges..... 1 once
Eau..... q. s ad 6 onces

Sig.—1 cuillérée à table dans de l'eau au coucher.

Quand la goutte s'accompagne d'albumine ou d'anémie :

Sulfate de fer..... 12 grains
Sulfate de magnésie..... 1 once
Infusion de colombo..... q. s. ad 6 onces

Sig. – Une cuillérée à table une ou deux fois par jour.

Contre la constipation des goutteux :

Extrait de cascara sagrada.....
Extrait d'aloès socotrin..... } ââ 1 grain

Pour une pilule à prendre au coucher.

Traitement local.

Liniment de belladone..... 3 drachmes
Chlorhydrate de morphine..... 10 grains

M. Faire un liniment.

Sig.—Mêler une cuillérée à thé à une cuillérée à table d'eau chaude, appliquer avec des compresses et recouvrir d'une toile cirée. Renouveler toutes les quatre heures.

Traitement de l'accès aigu.

Vin de colchique..... ½ once
Carbonate de magnésie..... 1 drachme
Sulfate de magnésie..... ½ once
Eau de menthe poivrée..... q. s. ad 6 onces

Sig.—Une cuillérée à thé toutes les quatre heures.

JAMES STEWART.

Détersif des cavités nasales dans la rhinite atrophique et hypertrophique.

R.

Sod-Bicarb..... 2 onces
Sod-Biborat..... 2 onces
Listérine (Lambert)..... 8 onces
Glycérine..... 20 onces
Aquæ..... q. s. ad 8 livres

Sig.—Une once de cette préparation pour une livre d'eau en irrigation nasale.

Dr PYNCHON.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Directeur-Gérant : - - - - - **Dr J. B. A. LAMARCHE**

Rédacteur en chef : - **Dr E. P. BENOIT**

MONTRÉAL, FÉVRIER 1897

BULLETIN MÉDICAL

Le traitement chirurgical de l'appendicite.

Depuis 1894, l'étude des maladies du cæcum a passé par des phases diverses, et, ce qui arrive assez souvent, par des variations inattendues. Après avoir distingué la typhlite de l'appendicite, ce qui est bien ; après avoir montré l'étroite relation anatomique de l'appendice avec le péritoine, ce qui est important au point de vue du danger de l'infection, voilà maintenant qu'on laisse de côté la typhlite, que l'on pose comme cause essentielle de l'inflammation de l'appendice la fermeture de la cavité, que l'on donne comme résultat absolu de l'appendicite l'infection du péritoine. Comme conclusion rationnelle et pratique, on ajoute : Dès que vous êtes sûr d'être en présence d'une appendicite, même au début, n'hésitez pas un instant ; ouvrez l'abdomen et enlevez tout. C'est l'antiseptie qui donne aux chirurgiens du jour tant de hardiesse et tant d'assurance.

La conclusion nous semble un peu radicale. Une appendicite peut parfaitement guérir sans intervention chirurgicale. La clinique nous en montre des exemples tous les jours. Le Dr Charbonneau, dans un travail que nous publions ce mois-ci, rappelle un cas de notre pratique paru dans *l'Union Médicale* et qui eut les honneurs, à cet époque, d'être reproduit par Sajous. Depuis, nous avons lu, non seulement le *Traité de Médecine*, mais encore les comptes rendus de l'Académie de Médecine, de la Société des Hôpitaux, du Post-Graduate de New-York, et nous n'avons pas modifié nos idées. Nous restons convaincu que la nécessité absolue de l'intervention chirurgicale dans tous les cas d'appendicite est encore à prouver.

Nous admettrons volontiers, que l'opération est nécessaire dans certains cas, qu'elle seule peut sauver la vie du malade. Ce sont les symptômes qui nous disent quand l'intervention doit avoir lieu. Mais pourquoi résèquer l'appendice à la moindre sensibilité, à la moindre élévation de la température ? Parce que disent les chirurgiens, l'inflammation de l'appendice produit un abcès qui s'ouvrira infailliblement dans le péritoine, d'où péritonite infectieuse et mort. Au

point de vue théorique, c'est fort bien raisonné. Mais s'il fallait appliquer la même logique à l'inflamation de tous les organes, on en finirait plus d'extirper. N'a-t-on pas dit que la laparatomie guérit l'inflammation du péritoine. Devra-t-on alors ouvrir le ventre chaque fois qu'un malade souffre de péritonite? Pourquoi ignorer la force vitale, méconnaître les lois de la physiologie et renier d'un seul coup la possibilité d'une résolution, ou d'une résorption. Ce que l'organisme fait pour le poumon et la plèvre, par exemple, quand on soutient son action à l'aide de médicaments appropriés, ce qu'il fait aussi pour l'intestin et le péritoine, pourquoi serait-il incapable de le faire pour l'appendice ? Parce que les grandes interventions chirurgicales ont perdu de leur gravité, grâce à l'antiseptie, c'est une grande erreur, croyons-nous, d'ignorer la nature, de mépriser les médicaments et de n'accorder sa confiance qu'au couteau.

Les exagérations théoriques, dites d'une façon agréable, impressionnent toujours Il y a du vrai dans les belles phrases du Dr Morris sur l'opium. Cependant, dans la discussion qui suivit au Post-Graduate, à la séance du 23 octobre 1896, tout le monde, et avec raison, ne fut pas de son avis. Le médecin ne donne pas l'opium, dans l'appendicite, pour masquer la douleur du malade en même temps que son ignorance ; il le donne parce que ce médicament est doué, ce que beaucoup de chirurgiens savent aussi, de la propriété d'immobiliser l'intestin. C'est aussi pour cela que le médecin prescrit les lavements, afin d'obtenir des selles mécaniques sans contractions intestinales. Par l'application de la glace, il tâche d'atteindre le second but du traitement médical : empêcher la suppuration ou, s il y a abcès, provoquer l'enkystement et la résorption, éviter la perforation. Malgré tout ce qu'on peut en dire, il est difficile d'admettre que le traitement médical ne soit pas raisonné.

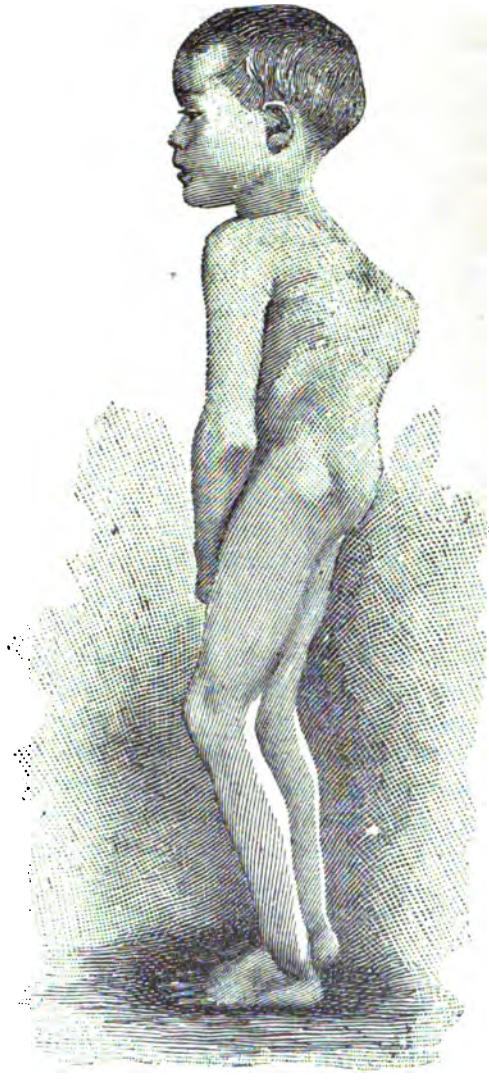
Dira-t-on que ses résultats sont nuls ? Cependant, l'un des arguments des chirurgiens, c'est que l'appendicite récidive le plus souvent. C'est donc qu'on en guérit. Le cas du Dr Charbonneau en est un exemple. D'ailleurs, la plupart d'entre eux nous disent que 70 à 80 pour cent des malades qu'ils ont opérés avaient eu des appendicites antérieures. " Mais, ajoutent-ils avec fierté, si nous les opérons, c'est pour qu'ils n'en aient plus." Il n'y a pas de doute que le remède est radical, et de nature à flatter l'amour propre du chirurgien. Reste à savoir si cela fait autant plaisir au malade qui d'abord, durant l'opération, malgré toute l'habileté qu'on peut avoir, court un grand danger, et qui ensuite devra porter à son flanc la cicatrice du laparatomisé. Si l'opération a sauvé la vie du malade, à la bonne heure ; si elle n'a servi qu'à faire plaisir au chirurgien, c'est autre chose.

Il ne faut pas se le dissimuler, certains chirurgiens poussent très loin les conséquences de leurs idées. A la séance du Post Graduate dont nous avons ırlé toute à l'heure, le Dr Douglas a rapporté le fait d'un chirurgien de ses ıisins qui avait fait enlever son appendice, celui de sa femme et celui de son bé, afin de mettre la famille à l'abri des appendicites. Ce chirurgien a déjà éré deux cents appendicites, pour sa part. Le public, toujours prêt à soulier les exagérations même les plus scientifiques, commence à s'intéresser au jet, et l'autre jour un grand journal de Boston racontait l'anecdote suivante. Un

individu avait fait imprimer et coudre sur son gilet une affiche ainsi conçue : " On m'a déjà enlevé l'appendice." Et comme ses amis lui en demandaient la raison : " C'est, dit-il, par crainte de tomber malade sur la rue, et d'être conduit à l'hôpital. Dans les cas de ce genre, on ne manque jamais d'enlever l'appendice, et vous comprenez que je ne tiens pas à recommencer."

Le traitement chirurgical des gibbosités.

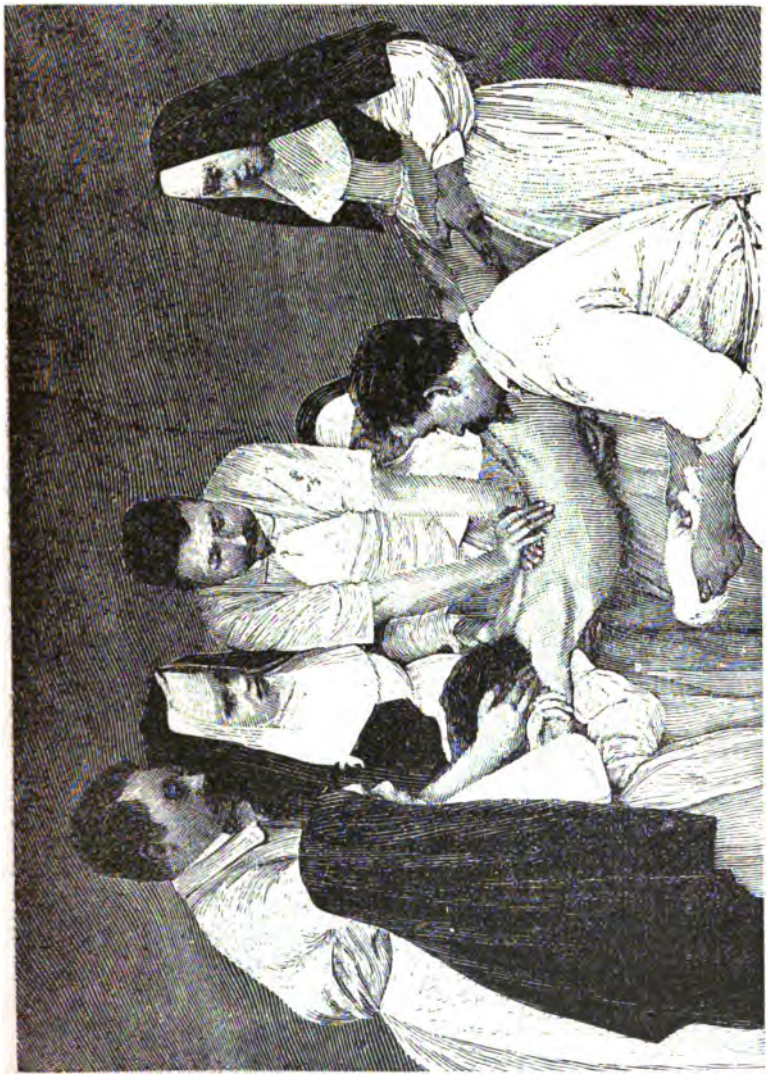
Le Dr CALOT, de Berk, où il dirige un hôpital d'enfants rachitiques, a fait



ENFANT BOSSU DEPUIS CINQ ANS

le 23 décembre dernier à l'Académie de Médecine, une communication retentissante. Il a affirmé d'abord " qu'il était aussi légitime de vouloir corriger une

bosse du mal de Pott qu'une déviation du genou, non seulement aussi légitime, mais aussi nécessaire et aussi urgent," puis il a ajouté que " tous les maux de Pott commençants pourront être guéris désormais sans déformation." A l'appui de son dire, le Dr Calot a présenté à l'Académie six enfants dont le dos était par



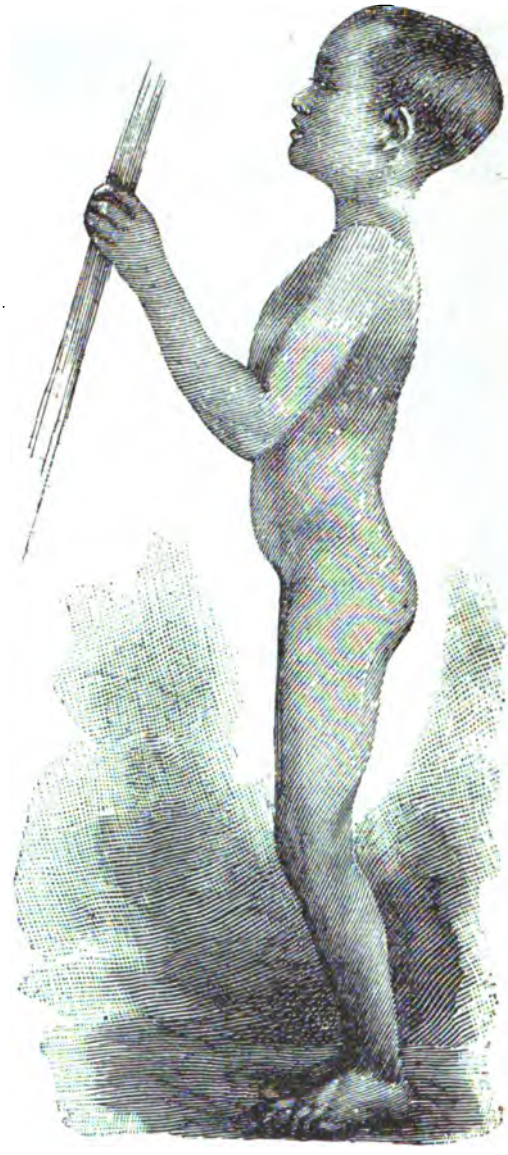
L'OPÉRATION

ement normal, mais qui, avant d'être opérés, étaient bossus depuis un espace temps variant de huit mois à cinq ans. Des photographies, prises avant ération, faisaient contre-épreuve.

Nous citons le passage le plus important de la communication du Dr Calot, ni où il décrit l'opération.

" La bosse, dit il, s'est produite par l'inflexion de la colonne vertébrale et

son affaissement ; pour effacer la bosse, on fera décrire à la colonne vertébrale un chemin inverse et on la relèvera. Cela se peut même pour les bosses très marquées, vieilles de plusieurs années, quatre, cinq, six ans. L'opération se fait sous chloroforme en une séance.



QUATRE MOIS APRÈS L'OPÉRATION

" L'enfant étant retourné sur le ventre, deux aides tirent sur les extrémités du tronc et les reportent en arrière, tandis que je presse de toutes mes forces avec mes deux mains appliquées directement sur la bosse. Des craquements se

produisent témoignant du désengrènement des segments rachidiens et du glissement des vertèbres les unes sur les autres ; et après quelques instants (une ou deux minutes), la bosse disparaît et rentre même audessous des parties voisines.

" Arriver à ce résultat n'est rien ou presque rien ; ce qui est difficile et pourtant capital, c'est de trouver le moyen de maintenir intégralement la correction ou l'hypercorrection produite. Ce n'est que du jour où j'ai trouvé ce moyen que j'ai osé entreprendre ces interventions. Je n'ai pu maintenir la correction en totalité qu'en appliquant immédiatement sous le chloroforme un grand appareil plâtré circulaire allant de la tête (inclusivement) à la ceinture pelvienne (inclusivement). L'on peut affirmer que c'est dans la bonne construction de ce grand appareil que se trouve le secret du succès.

" Généralement, je fais précéder ces manœuvres de correction de l'ablation des bourrelets cutanés qui recouvrent souvent la bosse et même l'ablation des apophyses épineuses saillantes, ce qui me permet de faire une compression plus forte et plus précise et met presque sûrement à l'abri des eschares.

" Le premier appareil reste en place trois ou quatre mois, puis est remplacé par un deuxième qui a la même durée et quelquefois par un troisième. La réparation et la consolidation sont dès lors complètes. L'enfant est autorisé à marcher avec un corset (du cinquième au neuvième mois qui suit l'intervention.)

" Par ces manœuvres, pour lesquelles je déploie sans crainte tout ce que j'ai de force, j'ai eu raison même de bosses très anciennes et très volumineuses....

" Si le résultat laisse quelque chose à désirer ou si les deux segments de la colonne vertébrale sont déjà soudés solidement l'un à l'autre, je fais une résection cunéiforme du rachis à base répondant à la gibbosité et à sommet répondant aux corps vertébraux ; je résèque également les côtes correspondantes, puis avec un ciseau à froid très tranchant et très étroit qui m'a été construit par M. Collin à cet usage et que je pousse avec les deux mains, je vais sectionner, devant la moëlle épinière, la colonne des corps vertébraux au niveau de leur soudure osseuse; les deux segments du rachis mobilisés pourront pivoter l'un sur l'autre par leur surface de section jusqu'à ce que les deux lèvres de la brèche pratiquée en arrière viennent au contact. Immédiatement j'immobilise les deux segments dans le grand appareil plâtré déjà décrit. Lorsque le malade se réveille, tout déplacement est impossible."

Telle est la métode du Dr Calot qui a opéré jusqu'à aujourd'hui trente-sept enfants, et tous ont guéri. Un seul a eu après l'opération de la parésie qui disparut lorsqu'on enleva l'appareil plâtré pour en mettre un autre moins serré. C'est un très beau résultat.

Cette révélation du Dr Calot, car c'en est une, déroute passablement les idées admises sur la chirurgie du rachis. Beaucoup se demanderont comment il peut intervenir aussi énergiquement sans léser la moëlle épinière, ou tout au moins produire une hémorrhagie des méninges avec ses effets désastreux. Et cependant, à en croire le Dr Calot, le danger de ce côté là serait nul : les résultats qu'il a obtenus semblent aussi le prouver.

" Malgré ces résultats fort beaux, dit la *Gazette des Hôpitaux*, nous ne pouvons nous défendre de certaines hésitations à adopter ce procédé, en appa-

rence aussi brutal et aussi dangereux. Tous les assistants, bien qu'en constatant les merveilleuses guérisons obtenues par M. Calot, faisaient tout bas la même réflexion : " Si j'avais un enfant atteint de mal de Pott, je n'oserais jamais lui faire ainsi écraser ses vertèbres malades " Encouragé par ces succès, M. Calot continuera probablement à recourir à ce mode de traitement. Nous attendons de lui une rigoureuse statistique de ses intéressantes observations."

C'est probablement dans le moment ce qu'il y a de mieux à faire ; mais tout de même, le Dr Calot nous donne de belles espérances.

Le diagnostic par les rayons X.

Ceux qui ont assisté à l'intéressante conférence, si bien réussie, donnée par M. l'abbé Choquette à l'Université Laval sur les rayons X, ont pu constater *de visu* les perfectionnements apportés par Edison à la découverte de Roentgen, et avec quelle netteté les rayons apparaissent à travers l'écran phosphorescent. Cet écran est en train de fournir à la médecine un moyen de diagnostic précieux, et de faire une concurrence sérieuse à la radiagrophie, si utile au chirurgien.

Le corps humain placé entre les rayons X et l'écran phosphorescent projette sur l'écran non seulement son squelette, mais le contour de ses organes ; on peut donc facilement constater la position de ces derniers. Si le tissu des organes est altéré par la maladie, induré, envahi par l'infiltration ou par une tumeur, on verra ces lésions pathologiques projeter des ombres sur l'écran. C'est ainsi que le Dr Bouchard a pu diagnostiquer une adénopathie trachéo-bronchique chez une petite fille, un anévrisme de la crosse de l'aorte, des hypertrophies du cœur, la sclérose artérielle, le mal de Bright. Ces résultats ont été communiqués à l'Académie des Sciences (décembre 1896).

Dernièrement le Dr Bouchard ayant placé un malade devant l'écran phosphorescent, constata que le côté droit du thorax était brillant, et le côté gauche ombré dans toute sa hauteur. Il pensa d'abord à un épanchement pleurétique, puis, remarquant que le médiastin n'était pas dévié à droite, il conclut à une infiltration tuberculeuse Le diagnostic fut confirmé par l'auscultation.

Un autre malade laissait voir sur l'écran un cœur qui battait à droite du sternum, tandis que du côté gauche l'ombre du cœur n'était pas portée. On avait auparavant pensé à un anévrisme ; ceci fit voir qu'il s'agissait d'un déplacement du cœur à droite.

Ces deux diagnostics, surtout le premier, faits à l'aide des rayons X, sont intéressants à noter.

L'antiseptie chez le barbier.

On a dit bien souvent que l'antiseptie n'est rien autre chose que la propreté ; elle a ceci de particulier cependant que c'est une propreté raisonnée, et qu'elle ne peut pas tolérer la négligence. Elle offre aussi ceci de remarquable qu'elle rend inoffensives les interventions sur le corps humain, même lorsque l'épiderme n'est pas dépassée. On devrait l'enseigner non seulement aux chirurgiens, mais à leurs rivaux du temps jadis, les barbiers.

Ces réflexions nous sont suggérées par le cas d'un de nos confrères, que nous avons eu l'occasion de soigner il y a à peine quelques jours. Ce médecin, étant un peu pressé, entra dans une boutique de barbier de second ordre pour se faire tailler la barbe. L'homme était maladroit, la "tondeuse" fonctionnait mal, et quelques poils furent arrachés. Jusque là ce n'est pas grand chose. Mais le lendemain, notre ami fut pris d'un folliculite intense qui nécessita une épilation partielle, lui donna une forte fièvre et le tint au lit pendant plusieurs jours. Le pus contenait des staphylocoques. Il est permis de conclure que l'infection venait de la tondeuse.

On veut forcer les compagnies des chars urbains à ne pas laisser cracher les gens sur le plancher des voitures, pourquoi n'obligerait-on pas les barbiers à faire bouillir leurs instruments ?

COURRIER DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU.

Notes du Dr J. P. ROUX, médecin interne.

Le rapport annuel pour l'année 1896 vient d'être terminé : j'en donnerai quelques chiffres.

Pendant l'année qui vient de s'écouler 2416 patients ont été traités à notre institution, ce nombre est reporté comme suit : hommes 1189, femmes 1227.

Le nombre de patients congédiés a été de 2183 parmi lesquels 1455 guéris, 365 améliorés, 291 non guéris et 72 non traités.

Le nombre des morts a été de 165, soit une moyenne de 6.8 pour cent.

Le nombre total des jours passés à l'hôpital par tous les patients a été de 67763, et le nombre moyen pour chaque patient de 28.1 jours.

Au commencement de janvier il y avait encore à l'hôpital sous traitement 217 patients.

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes du Dr W. Daróme, interne en chef.

Déjà depuis plusieurs mois, le Courrier de l'Hôpital Notre-Dame fait défaut, c'est une défection impardonnable, c'est mal commencer l'année, m'a-t-on dit ; je me suis laissé prendre à ces reproches, et me voilà de nouveau avec ma faible ıtribution.

Les patients n'ont pas cessé d'affluer en grand nombre dans les différents partements et services de l'Hôpital, mais il faut l'avouer la matière pour la ıique a manqué un peu depuis quelque temps, surtout pour la clinique chirur- cale. Les *beaux cas* ont été assez rares en chirurgie. Nous avons pu compter ut de même quatre-vingt dix-sept opérations chirurgicales, entre autres, quatre

cures radicales pour la hernie inguinale, et une cure radicale pour une hernie crurale étranglée, chez une femme dans la soixantaine ; trois amputations de sein pour cancer. A pareille date l'an dernier nous comptions dans nos salles huit amputés, dont deux des deux jambes, (c'étaient des cas d'angelure). Cette année une amputation seulement à la suite d'un traumatisme reçu dans une presse à foin. Malgré le froid intense et subit nous n'avons eu encore qu'un léger cas d'engelure des doigts des deux mains.

La chirurgie à la mode, ce semble, depuis quelques mois, a été celle des fractures et des luxations. Fractures simples, multiples, exposées dans toutes les variétés et dans toutes les parties du corps. Voir même une fracture du crâne, suite d'une tentative de suicide. J. C... âgé de 23 ans, anglais, pris de découragement, essaye son pistolet sur une buche de bois franc ; satisfait de l'expérience (la balle avait pénétré 2½ pcs.), il tourne l'arme contre lui-même et se loge une balle en plein dans le milieu du front.

Trouvé quelque temps après, mourant, C... est de suite transporté à l'Hôpital. L'entrée du projectile est nettement définie ; des traces de poudre en noircissent encore le pourtour. Après un peu de repos au lit, durant lequel les vomissements sont incontrôlables, on tente l'extraction de la balle, après anesthésie locale avec une solution de cocaïne à 2/100. Une large incision cruciale dans la peau met à découvert dans la table externe du crâne, une ouverture parfaitement ronde, mesurant à peu près ½ pc. en diamètre, et vis-à-vis, à un pouce de profondeur environ, la balle aplatie et retenue au milieu de fragments d'os enlevés à la table interne. Celle-ci en effet, après extraction du plomb, présente une surface de la grandeur d'une pièce de cinquante centins, complètement enfoncée et fracturée. Les esquilles trop considérables pour passer par l'ouverture externe sont brisés à l'intérieur du crâne et ensuite enlevés. Les membranes du cerveau laissent voir une légère déchirure, l'hémorrhagie est peu abondante. La dépression de la substance cérébrale se continue malgré l'absence de toute compression ; les vomissements cependant ont tout-à-fait disparus. La cavité soigneusement lavée au bichlorure de mercure, est pactée à la gaze iodoformée, et le blessé est remis entre les mains de la bonne nature en consultation avec les Drs *Hope* et *Rest*.

Aucune trace d'inflammation ne suivit l'intervention et le blessé est aujourd'hui parfaitement rétabli n'ayant pour toute pièce de conviction qu'une dépression parfaitement définie au front, d'à peine un demi pouce en profondeur, facile à combler par de l'autoplastie s'il y consent.

Il y avait communication entre les sinus ethmoïdal et frontal ; en se fermant la bouche et comprimant les narines, notre nouveau cyclope, par un effort d'expiration, faisait passer de l'air par l'ouverture dans le crâne. Chose facile à constater par le bouillonnement des liquides injectés dans la cavité, et par le sifflement que le passage de l'air y déterminait.

Je mentionnerai une autre tentative de suicide, un jeune homme, à la suite de peines d'amour se pointe un revolver au cœur, sa main tremble, il presse la détente et la décharge va se loger dans le sommet du poumon droit, rasant selon toute probabilité la crosse de l'aorte.

Une congestion intense du poumon lésé, une hémoptisie assez abondante, quelques jours d'une anxiété et d'une gêne respiratoire très marquée, et le tout rentre dans l'ordre dans le court espace de huit jours. Il ne reste plus qu'à lui appliquer les Rayons X et aller chercher la balle.

Si les tentatives de suicide ont échoué, nous avons à enrégistrer deux morts violentes.

F. L... âgé de 52 ans se trouve mêlé dans une rixe avec des italiens et reçoit dans le flanc gauche, vis-à-vis les dernières fausses côtes, un coup de poignard, suivant une direction d'avant en arrière et de haut en bas. La plaie béante est parallèle aux fausses côtes et mesure 2½ pouces. Un morceau d'omentum de six pouces de long, replié sur lui-même, fait hernie dans l'ouverture de la blessure. La victime a un poul filiforme et des vomissements répétés, le tout fait craindre une perforation intestinale. Toute intervention sous chloroforme est refusée par le moribond qui succombe à ses blessures 24 heures après son entrée à l'Hôpital.

L'autopsie laisse voir le colon descendant ouvert sur une étendue d'un pouce et demi dans sa partie supérieure près de l'angle qu'il forme avec le colon transverse. On constate aussi un commencement de péritonite.

Le second cas est celui de Delle L..., âgée de 28 ans, qui venait d'être précipitée dans la rue, du haut d'un escalier d'une trentaine de marches.

Transportée à l'hôpital 4 heures environ après l'assaut, la victime était complètement paralysée (les muscles du cou et de la tête exceptés). Une respiration diaphragmatique bien caractérisée, avec la paralysie existante, indiquaient clairement une lésion de la moëlle. Au niveau de la 4ième ou 5ième vertèbre cervicale on constata une dépression assez marquée, avec une légère crépitation, et le diagnostic de fracture ou luxation fut posé. En faisant la traction sur la tête pour tenter la réduction et enlever, si possible, la compression sur la moëlle, un claquement semblable à celui que l'on entend et ressent dans la réduction d'une luxation, a été parfaitement constaté : d'où le diagnostic de luxation des vertèbres dans la région cervicale, confirmé par l'autopsie, excepté pour le siège. Au lieu d'être au niveau de la 4ième et de la 5ième vertèbre cervicale, la luxation siégeait au niveau de la 5ième et de la 6ième vertèbre cervicale.

Restait encore l'explication de la crépitation très légère qui n'était certainement pas de la crépitation sanguine et qui faisait croire à une fracture. A l'autopsie on trouve une fracture de l'extrémité de l'apophyse épineuse de la 5ième vertèbre.

La réduction diminua un peu les douleurs dans la région lésée, mais n'améliora en rien l'état général de la victime qui mourut dix heures après son entrée à l'Hôpital.

Avant de finir avec la chirurgie, je mentionnerai un cas de calcul vésical, ou plutôt de calculs vésicaux, enlevés avec succès en deux séances de litholapaxie et trois séances de lithrotritie.

Le service de gynécologie a été assez intéressant. Je ne ferai que mentionner deux hystérectomie vaginales, quatre oophorectomies, plusieurs curettages,

sutures du col et du périnée, pour donner quelques détails sur un cas d'ovariotomie.

Mad. R... âgée de 54 ans, dont le père est mort hydropique (maladie du cœur et des reins) a aussi perdu deux frères, morts de lésions cardiaques.

La patiente s'est aperçue grossir, il y a quatre ans, à la suite de la ménopause. Une laparatomie met à découvert une énorme kyste de l'ovaire gauche, contenant deux gallons de liquide. Aucune adhérence ne complique l'extraction de la poche kystique. La ligature du pédicule et l'excision faites, la paroi abdominale est refermée par un triple plan de sutures. La malade n'a eu aucune élévation de température et quittera l'Hôpital sous peu, après une opération sérieuse qui n'a eu aucun retentissement appréciable sur l'économie.

Le service de médecine offre un joli champ à la clinique. Je parlerai entre autres d'un cas de cirrhose atrophique avec ictère, sans ascite. Le patient âgé de 36 ans, alcoolique depuis l'âge de 20 ans, est malade depuis un an et demi ; il se sent faible mais ne souffre pas et mange bien ; les selles sont argileuses. A l'examen la teinte ictérique est générale, le ventre est balonné, tendu mais ne contient pas de liquide. Le foie est diminué de volume et la rate est hypertrophiée. L'urine chargée de bile, contient aussi de l'albumine.

Un garçon de 14 ans présente un cœur hypertrophié. Outre tous les symptômes inhérents à son état, le petit malade a une poitrine asymétrique—proéminence du côté gauche.

La matité précordiale est augmentée en étendue. La pointe du cœur bat à deux travers de doigts en dessous du mamelon et soulève la paroi thoracique. A la palpation on perçoit un frémissement cardiaque très prononcé.

Auscultation.—Souffle systolique à la pointe aux deux valvules. A la base, souffle au foyer aortique (systolique). Effacement des bruits du second temps à toutes les orifices. Cœur très irrégulier. Congestion pulmonaire, surtout à gauche. Sous l'influence de la digitale, une amélioration sensible s'est effectuée.

Je terminerai en signalant un cas de blennorrhagie où l'infection des séreuses s'est manifestée avant celle de la muqueuse uréthrale. Douleurs rhumatismales dans les poignets, fièvre de 102° pendant 3 jours, mal de tête, perte d'appétit, langue chargée. Dix jours après le coït suspect, apparaît l'écoulement qui, sans faire disparaître complètement les symptômes si haut cités, soulage le patient. L'examen bactériologique confirme le diagnostic.

Le bureau de direction de l'Hôpital Notre-Dame a voté dernièrement la somme de $1,000 pour achat d'instruments de chirurgie et installation d'un laboratoire complet de bactéréologie et d'histologie qui sera sous la direction du Dr Parizeau, chargé aussi des autopsies. On a en outre établi, dans le service de médecins, un laboratoire pour l'analyse des urines, du sang et des crachats.

La Faculté de Médecine de l'Université Laval doit donner le 17 février un grand concert dont le profit sera consacré à l'achat du matériel d'enseignement. On s'est assuré, paraît-il, le concours d'artistes en renom, et l'on s'attend à un succès. Nous espérons que le public et les amis répondront à cette attente, et encourageront un œuvre digne de toute leur sympathie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES DROITS DU MÉDECIN TRAITANT.

L'un de nos abonnés nous adresse la lettre suivante : " Il y a quelques jours, dans une petite discussion entre confrères, nous avons soulevé quelques points de l'étiquette professionnelle. N'étant pas tous tombés d'accord, j'ai promis de vous demander quelle était la manière de voir de l'*Union Médicale* sur les points discutés. Serez-vous assez bon de répondre par la voie de votre journal ?

1° Sachant qu'un confrère traite un patient, m'est-il permis d'aller visiter ce patient et de le traiter sans en notifier mon confrère traitant ?

2° Que devrais-je exiger de la famille dans ce cas ?

3° Si la famille de ce malade insistait absolument pour que je le traite, quelle devra être ma ligne de conduite envers mon confrère ?

4° Rendu auprès d'un malade pour lequel on est venu quérir mes services, je m'aperçois qu'il est sous les soins d'un confrère. M'est-il permis d'ignorer mon confrère et de traiter le malade. Quelle doit être ma ligne de conduite dans ce cas ? "

Nous basant sur le code d'éthique médicale adopté par le Bureau Provincial de Médecine le 25 septembre 1878, et publié la même année dans *l'Union Médicale*, nous répondrons à notre correspondant :

Le paragraphe 4 de l'article V du code d'éthique médicale canadien dit : " Un médecin ne doit pas donner ses soins ou ses prescriptions à un malade qui a été récemment sous les soins d'un autre membre de la faculté pour la même maladie, sauf dans les cas d'éventualités subites, ou lorsqu'il s'est consulté avec le médecin qui le visitait précédemment, ou quand celui-ci ne veut plus traiter le malade, ou lorsqu'il a été duement averti que ses services n'étaient plus requis."

Voilà mot à mot ce que dit le code. Voici maintenant comment quelques-uns de nos médecins dirigeants le mettent en pratique. Nous ajouterons seulement qu'en matière d'interprétation il faut toujours laisser une marge, et qu'en ces choses, le caractère individuel domine souvent. Il est facile d'observer l'esprit d'une loi tout en conservant une certaine liberté d'action. Mais l'étiquette professionnelle, observée dignement par un médecin, lui attire toujours l'estime de ses confrères.

Dans un cas d'éventualité subite, vous accourez auprès du malade et lui donnez les soins voulus ; en même temps vous demandez qu'on aille chercher le decin traitant. Si celui-ci pour le moment ne peut venir, vous donnez vos s au patient jusqu'à ce qu'il soit mieux, puis, à la première occasion, vous venez le médecin traitant de ce qui s'est passé, afin de le guider dans son itement. Il est d'habitude dans ces cas de ne rien charger : c'est un service on rend à un confrère.

Quand on a été appelé en consultation, on ne peut plus, pour aucune raison,

prendre ensuite le malade sous sa charge, ou même retourner le voir seul. On se trouve lié envers le médecin traitant, et cela à un tel point que, si la famille nous demandait de soigner le malade, il faudrait lui répondre : " A présent je ne puis plus. Vous auriez dû ne pas m'appeler en consultation si vous aviez le désir que je soigne le malade." Cette règle est suivie rigoureusment par tous les principaux médecins de Montréal, tant anglais que canadiens-français.

Quand le médecin traitant ne veut plus traiter le malade, la question se trouve réglée d'elle-même.

Reste le cas où le malade veut changer de médecin, ce qu'il a toujours le droit de faire, que ses raisons soient fondées ou non. Dans ce cas, on accepte de traiter un malade, et l'on n'est pas obligé d'en avertir soi-même le médecin traitant; mais on doit exiger que la famille fasse la chose De plus, pour ne pas causer de dommages pécuniaires au premier médecin, il est de bonne pratique d'exiger, avant de prendre soin du cas, que le malade ou la famille ait réglé son compte, ou au moins ait pris des arrangements pour cela. On demeure alors entièrement libre vis-à-vis de tout le monde, et l'on peut agir à sa guise.

Quand, rendu près d'un malade, on s'aperçoit qu'il est sous les soins d'un confrère, il y a deux choses à faire. Si la maladie est grave et demande une intervention immédiate, on agit comme dans un cas d'éventualité subite. Si la maladie n'est pas grave, on doit refuser de soigner le malade, à moins que celui-ci ou la famille ne désire changer de médecin. Il faut alors agir comme nous avons dit plus haut, et ne prendre soin du malade qu'après que tout a été réglé.

L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE.

Nous avons reçu d'Angleterre le texte de la résolution adoptée il y a deux ans par le Conseil de l'Association au sujet des personnes qui peuvent être membres ou assister aux séances de l'Association Médicale. Le voici :

Résolu : que tout en reconnaissant que c'est un devoir et un plaisir de recevoir cordialement les médecins praticiens étrangers qui assistent à l'Assemblé générale annuelle de l'Association, le Conseil est d'avis, et cet avis est confirmé par les autorités légales, qu'il ne peut accorder à ces praticiens le privilège d'être membres, parce qu'il a accepté l'origine ainsi que les règles et règlements de l'Association, que le mot " qualifiés " du règlement No I signifie pour lui les sujets anglais dont les noms sont portés sur le régistre médical d'Angleterre et d'Irlande, ou ceux qui demeurent dans une possession britannique quelconque et ont le droit légal de pratiquer dans ces possessions, et que la portée de ces définitions ne peut pas être augmentée.

Malgré le grand désir du Comité Exécutif Local de bien recevoir les nombreux médecins américains qui ont déjà manifesté l'intention de venir, cette résolution du conseil lui lie les mains. Nos amis des Etats-Unis et du Mexique ne pourront assister aux séances que comme invités : les sujets britanniques seuls peuvent être membres.

Le Dr Roddick, président élu de l'Association Britannique, est revenu le 4 courant d'un voyage à Londres, où il a assisté à une assembtée du Conseil Général de l'Association et s'est activement occupé de l'organisation de l'assemblée du mois d'août prochain. Tout fait présager un heureux succès.

Le Conseil Général, entre autre chose a établi la liste des présidents, vice-présidents et secrétaires des diverses sections. Les membres de l'Association à Montréal ont pensé qu'il valait mieux, pour assurer le succès de la prochaine réunion, faire présider les différentes sections par des médecins connus d'Angleterre. Non pas parce que l'on croit que les médecins canadiens n'auraient pu remplir ces positions avec avantage, mais parce qu'on espère ainsi attirer un plus grand nombre de médecins d'Amérique désireux de connaître les personnalités marquantes d'outre mer. Les médecins canadiens en vue occuperont les charges de vice-présidents et de secrétaires honoraires. Le Conseil Général de Londres s'est conformé au vœu de la branche locale de l'Association, et la liste, maintenant terminée, sera publiée quand le comité aura reçu les adhésions des médecins nommés.

Nous pouvons annoncer dès maintenant que le discours sur la médecine sera prononcé par le Dr Osler, de Baltimore, et que MM. les Drs Stephen Mackenzie, Christopher Heath et Watson Cheyne, de Londres, seront respectivement présidents des sections de médecine, de chirurgie et de pathologie. Lord Lister, le vulgarisateur de l'antiseptie en Angleterre, a aussi promis d'être présent.

Le Dr Roddick, dans un banquet que les membres de l'Association lui ont donné à Londres avant son départ, a énuméré dans un discours très applaudi les nombreux points d'intérêts qu'offre une visite au Canada, la première des colonies anglaises, et l'enthousiasme manifesté à ce banquet permet de compter sur une assistance très nombreuse le 31 août prochain.

Nous apprenons avec regret que le Dr Brouardel, qui doit assister au Congrès de Moscou, ne pourra pas venir au Canada. Le Conseil Général est à faire les démarches nécessaires pour s'assurer la présence du Dr Roux, de l'Institut Pasteur, ou du Dr Bertillon, du Bureau d'Anthropométrie.

Le sous-comité des excursions a obtenu des concessions très favorables du Grand Tronc et du Pacifique Canadien. Ces compagnies de chemin de fer offrent de conduire, l'une jusqu'à Sarnia, l'autre jusqu'à Port Arthur, pour la moitié du prix, les membres de l'Association et leurs invités. En outre, le C. P. R. offre les mêmes avantages à ceux qui voudront traverser le continent ; il accordera pour le prix d'aller des billets de retour de Montreal à Vancouver, avec le privilège d'arrêter en route à toutes les places importantes.

Le comité ne sait pas encore d'une manière définitive si les compagnies accorderont ces faveurs aux membres canadiens de l'Association, mais il croit que oui.

Le sous-comité des amusements a déjà fait des arrangements pour organiser des concours de golfe, de tennis et de la crosse entre les membres visiteurs et ceux de Montréal.

Un comité de dames s'occupera de son côté des femmes et des filles des médecins visiteurs.

Nous apprenons de Toronto que l'on a organisé une excursion très intéressante à travers la péninsule du Niagara, Kingston et les Mille Iles. Cette excursion sera faite pour les membres de l'Association Britannique, pour l'Avancement des Sciences, ainsi que pour les membres de l'Association Médicale.

CHRONIQUE

La Société des Internes de l'Hôpital Notre-Dame a procédé le mois dernier à la formation de son bureau pour 1897. Le Dr A Joyal a été élu président, et le Dr E. P. Benoit, vice-président; le Dr W. Dérome, demeure secrétaire-archiviste. La Société continue ses séances régulières, qui sont très suivies par tous les membres. L'œuvre du professeur Desrosiers s'affirme de plus en plus, et la Société, qui compte aujourd'hui 40 membres, est en pleine voie de prospérité. Nous croyons que c'est à ce moment la seule société médicale canadienne-française à Montréal.

Nous devons à l'obligeance du *Monde Illustré* de publier les gravures qui accompagnent l'article sur le traitement chirurgical des gibbosités. Elles aideront nos lecteurs à se rendre un compte exact de la nouvelle opération pratiquée par le Dr Calot.

Le Dr Lamarche a donné le 9 février, à l'Université Laval, une conférence très applaudie sur l'anatomie et la physiologie du corps humain. L'orateur a su rendre intéressants pour le nombreux public qui se pressait dans la salle, les détails les plus techniques en les expliquant par des images saisissantes et des comparaisons appropriées. Le Dr Lamarche a remporté un vif succès.

La peste a fait de nouveau son apparition dans les Indes, à Bombay surtout, et dans le district environnant. La dernière épidémie avait eu lieu en 1884, au voisinage de Bagdad. Depuis, on n'avait pas entendu parler de cette maladie terrible, qui fut pendant un temps la frayeur de l'Europe.

La peste à bubons est une vieille maladie, elle désola l'empire romain sous Néron, et vers le milieu du VIe siècle, sous Justinien, exerça ses terribles ravages pendant cinquante années consécutives. Les historiens l'appelèrent alors *pestis inguinaria*, mais elle ne fut décrite par des médecins qu'après l'épidémie de 1346 à 1353. Tous les siècles suivants virent une épidémie de peste parcourir l'Europe. Elle disparut quelque temps au commencement de ce siècle, mais, depuis 1856, elle revient fréquemment en Asie.

Ces pays d'Orient, où la population est très dense, très malpropre, où la misère physiologique règne sur une grande échelle, entretenue par un climat meurtrier et des mœurs indescriptibles, sont tout naturellement indiqués pour servir de berceau à des maladies virulentes comme la peste et le choléra.

Le début de la peste à bubons est brusque, imprévu, et l'invasion se marque par l'apparition de troubles graves : céphalalgie, vertige, dilatation pupillaire, faciès altéré ; de plus le malade se plaint d'une sensation de feu qui le brûle intérieurement. Cette période d'incubation varie dans sa durée, qui est de quelques heures à quelques jours et varie aussi dans son intensité. La fièvre accompagnée de prostation ouvre le deuxième stade : frisson, peau brûlante et sèche, soif ardente, mal de tête parfois insupportable, larmoiement et conjonctivite, langue recouverte d'un enduit blanc, crayeux ; douleurs dans l'estomac et l'intestin ; vomissements, pouls fréquent, respiration accélérée. Quelquefois état typhoïde. Après deux ou trois jours de fièvre, parfois moins, surviennent des douleurs aux aines, aux aisselles, au cou, et les bubons apparaissent ; en même temps, la fièvre baisse et le pouls devient plus ample. Très souvent il n'y a qu'un seul bubon à l'aine. Ces bubons caractérisent la peste comme les lésions de l'intestin caractérisent la fièvre typhoïde. Après leur apparition, la maladie s'aggrave et le malade meurt généralement. Si la convalescence s'établit, c'est par une suppuration longue et épuisante.

Tels sont les symptômes généraux de cette terrible maladie, dont l'action est très virulente. Quelquefois elle prend une forme foudroyante et emporte le malade en quelques heures. Souvent aussi elle peut empoisonner le malade sans grandes manifestations. Cest ce qui faisait dire au Dr Yersin : " La peste, mais c'est la plus propre des maladies infectieuses ; vous vous sentez légèrement malade, vous avez un peu de fièvre, le bubon apparaît et vous mourrez sans avoir de ces sales complications qui accompagnent généralement les maladies virulentes." Encore un peu et on serait prêt à recommencer.

Comme chacun sait, le Dr Yersin a pu obtenir par inoculation un sérum anti-pesteux qui a une action curative très efficace. La plupart des cas très graves qu'il a soignés ont guéri. Malheureusement, ce sérum est très long à préparer, et la provision s'étant épuisée, le Dr Yersin est revenu dernièrement en Europe recueillir les fonds nécessaires pour continuer son œuvre.

La peste aujourd'hui n'effraie plus comme par le passé, et l'Europe ne s'inquiète pas trop ; elle se sent protégée par ses quarantaines. Espérons qu'aux Indes l'épidémie ne s'étendra pas trop.

La Tridigestine est un mélange en proportions égales de pepsine, diastase et pancréatine. Une cuiller à café contient 2 grs pepsine, 2 grs diastase et 2 grs pancréatine. On l'ordonnera dans les dyspepsies rebelles ou compliquées et les gastro-entérite chroniques et quand il existe un mauvais fonctionnement de tout le tube digestif. A prendre au repas dans un peu d'eau à la dose de une à deux cuillerées à café.

DÉCÈS

BROUILLET.—A la ville de Maisonneuve, le 1er courant, à l'âge de 1 an 11 is 20 jours, Marie-Louis-Joseph-Armand, enfant de M. V. J. E. Brouillet, .D.

BROUILLET.—A la ville de Maisonneuve, le 12 courant, à l'âge de 4 ans nois 21 jours, Marie Joseph-Anne-Parmélia, enfant de M. V. J. E. Brouillet, D.

BIBLIOGRAPHIE

FÉLIX ALCAN, Libraire-Éditeur, 108, Boulevard Saint-Germain, Paris.—**Collection Médicale,** élégants volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à 4 et à 3 francs.

Viennent de paraître :

FÉLIX TERRIER, GUILLEMAIN et MALHERBE.—**Chirurgie de la face**, par les Drs Félix TERRIER, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, GUILLEMAIN et MALHERBE, anciens internes des hôpitaux, avec gravures..... 4 fr.

A. POZZI.—**Manuel théorique et pratique d'accouchements**, par le Dr A. POZZI, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, avec 138 gravures..... 4 fr.

S. ICARD.—**La mort réelle et la mort apparente**, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mort apparente, par le Dr S. ICARD, avec gravures. 4 fr.

E.-P. LÉON-PETIT.—**Le Phtisique et son traitement hygiénique**, par le Dr E.-P. LÉON-PETIT, médecin de l'hôpital d'Ormesson, avec 20 gravures..... 4 fr.

J. LAUMONIER. **Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie**, par le Dr J. LAUMONIER, avec gravures..... 4 fr.

S. ICARD.—**L'alimentation des nouveau-nés**, *Hygiène de l'allaitement artificiel*, par le Dr S. ICARD, avec 60 gravures..... 4 fr.

S. RIBBING.—**L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales**, par le Dr S. RIBBING, professeur à l'Université de Lund (Suède)..... 4 fr.

F. LAGRANGE.—**Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens**, par le Dr F. LAGRANGE, lauréat de l'Institut. 4e édition..... 4 fr.

F. LAGRANGE.—**De l'exercice chez les adultes**, par le Dr F. LAGRANGE. 2e édition ..... 4 fr.

LEVILLAIN.—**Hygiène des gens nerveux**, par le Dr LEVILLAIN. 3e édition. 4 fr.

J. VOISIN.—**L'idiotie**. *Psychologie et éducation de l'idiot*, par le Dr J. VOISIN, médecin de la Salpêtrière, avec gravures..... 4 fr.

CH. FÉRÉ.—**La famille névropathiqne.** *Hérédité, prédisposition morbide, dégénérescence*, par le Dr Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre, avec gravures..... 4 fr.

A. MOSSO.—**L'éducation physique de la jeunesse**, par A. MOSSO, professeur à l'Université de Turin. Préface de M. le Commandant LEGROS..... 4 fr.

P. SIMON. – **Manuel de percussion et d'auscultation**, par le Dr P. SIMON, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, avec gravures..... 4 fr.

A. POZZI —**Eléments d'anatomie et de physiologie générale et obstétricale**, par le Dr A. POZZI, professeur à l'école de médecine de Reims, avec 219 gravures ..... 4 fr.

FÉRÉ.—**Le traitement de aliénés dans les familles**, par le Dr FÉRÉ, médecin de Bicêtre. 2e édition..... 3 fr.

FÉLIX TERRIER et M. PÉRAIRE.—**Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales**, par les Drs Félix TERRIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et M PÉRAIRE, ancien interne des hôpitaux, assistant de consultation chirurgicale à l'hôpital Bichat, av gravures..... 3

Petit manuel d'anesthésie chirurgicale, par les mêmes, avec 37 gravures... 3

L'opération du trépan, par les mêmes, avec 222 gravures..... 4 1

MACARIO.—**Manuel d'hydrothérapie**, Par le Dr MACARIO..... 3

Envoi franco contre mandat ou timbres-poste.

TRAVAUX ORIGINAUX

HUIT CENTS CAS DE DYSMÉNORRHÉE

TRAITÉS PAR L'HYGIÈNE, LES MÉDICAMENTS, L'ÉLECTRICITÉ ET PAR DIVERSES MÉTHODES OPÉRATOIRES.

Lecture faite à la " Medico-Chirurgical Society " de Montréal le 18 Déc. 1896, par A. LAPTHORN SMITH, B. A., M. D., M.R.C.S., Ang., Membre de la Société Américaine de Gynécologie et de la Société Obstétricale de Londres ; gynécologiste au dispensaire de Montréal et au Western Hospital ; chirurgien en chef de l'hôpital Samaritain pour les femmes ; professeur de clinique et de gynécologie à l'Université Bishop, Montréal.

Suppposez que nous soyions tous d'accord sur ce fait que la dysménorrhée ne soit pas une maladie, mais plutôt un symptôme d'états pathologiques multiples et variés ; il s'ensuit que le traitement dépendra entièrement du diagnostic. En revisant mes mémoires, j'ai trouvé que sur trois mille trois cents malades, dont mille trente traitées à mon domicile et deux mille deux cent soixante-dix au " Montreal Dispensary," un quart au moins souffraient de dysménorrhée. La dysménorrhée est plus fréquente chez les jeunes filles, moins fréquente chez les femmes mariées qui n'ont pas eu d'enfants. Vient ensuite la femme mariée qui n'a eu qu'un enfant et dont les règles sont abondantes. Enfin la femme mariée qui a eu plusieurs enfants et dont les règles sont abondantes et de longue durée. Ces faits, qui, je n'en doute pas, ont dû être constatés par d'autres gynécologistes, me semblent très importants au point de vue de l'étiologie et du traitement. Pourquoi donc les jeunes filles sont-elles plus sujettes à ces menstrues douloureuses ? Parce que c'est chez elles naturellement que l'on trouve le plus grand nombre d'obstructions du col utérin. Quand celles-ci se marient, la plupart deviennent enceintes ; et alors leurs menstrues subissent un arrêt de neuf et souvent dix-huit et vingt-quatre mois, après quoi les mens- t reprennent leur cours, mais à travers un col bien dilaté.

l y a cependant une autre raison pour laquelle les jeunes filles souffrent] que les femmes qui deviennent enceintes, et j'en fais ici mention vu son i tance quant au traitement ; à savoir : que chaque période menstruelle ı une congestion des ovaires, des trompes et de la matrice qui ne disparaît] atièrement, de sorte qu'il reste toujours une congestion partielle, laquelle ı à celle de la période suivante va ainsi grossissant de mois en mois

jusqu'à ce qu'enfin il arrive un moment où les enveloppes externes des ovaires s'épaississent, où la muqueuse qui tapisse les parois de la matrice se tuméfie et alors nous avons obstruction du col. Chez la femme mariée qui n'a pas d'enfants, soit à cause de l'impuissance du mari, soit qu'ils usent de moyens préventifs, soit pour une cause quelconque, cette congestion est plus marquée que chez la femme non mariée vu les congestions répétées dues au coït. La grossesse guérit la plupart des cas non-seulement d'obstruction de l'utérus, mais aussi de dysménorrhées congestives parce que règle générale elle fait cesser la menstruation et met fin aux congestions qui l'accompagnent ainsi qu'à celles amenées par le coït. On peut donc qualifier la grossesse, le remède de la nature pour la guérison de la dysménorrhée, parcequ'elle dilate la matrice et donne en même temps aux ovaires un repos plus ou moins complet.

Remarquez bien ceci : je ne prétends pas dire par là que le mariage nous assure la guérison de la dysménorrhée ; loin de là ; car le mariage sans la grossesse la fait empirer. Nous arrivons maintenant à cette catégorie de femmes qui, quoique mariées et mères, continuent cependant à souffrir à leurs périodes menstruelles. De quelle maladie donc, cette dysménorrhée est-elle le symptôme ?

Je trouve, d'après mes notes, qu'un grand nombre de ces femmes n'ont pas souffert avant leur mariage, mais que leurs souffrances datent de leur première couche, et si l'on consulte avec soin leur histoire, elle nous révèle le fait, que soit à l'époque de leur mariage, soit avant leur accouchement, soit quelque temps après, ces femmes ont été atteintes d'endométrite septique aiguë ou d'endométrite blennorrhagique qui est à la suite devenue chronique, laissant la muqueuse du canal cervical tuméfiée et ses glandes distendues. Ou bien les trompes et les ovaires sont tellement atteints qu'ils causent des menstruations douloureuses sans cependant empêcher tout-à-fait la conception.

Chez les femmes de la quatrième catégorie, la moins nombreuse peut être, où les pertes sont plus abondantes et les douleurs très grandes, quoique moins aiguës que dans la catégorie précédente, l'examen révèle généralement un déplacement de la matrice, surtout la rétroversion, laquelle entrave sérieusement la circulation du sang. Le sang artériel pénètre bien dans la matrice, mais ne peut pas revenir par les veines, de telle sorte que les organes générateurs deviennent congestionnés et douloureux ; le col devient obstrué et dans ces cas l'écoulement qui devrait se composer de débris de membranes muqueuses, n'est que du sang pur ; il se coagule et les caillots pour être expulsés occasionnent de véritables tranchées.

A part ces quatre grandes catégories, je trouve par-ci par-là, beaucoup de cas dont les douleurs naissent de causes diverses telles que : une tumeur fibreuse obstruant l'orifice interne du col, ou bien l'occlusion des trompes de Fallope soit à l'extrémité frangée, soit à l'extrémité utérine ou soit aux deux extrémités. Ces cas ne manquent pas d'être intéressants; c'est pourquoi, je vous parlerai plus tard de leur traitement.

Quel est donc le meilleur traitement contre la dysménorrhée produite par l'obstruction du col ?

Allons-nous employer les tiges de laminaria, les tentes de tupelo ? (Je les mentionne ici afin de mieux les condamner). Mettrons-nous notre patiente sous l'influence de l'anesthésie pour dilater rapidement le col au moyen des sondes graduées d'Hegar, de Hanks, des dilatateurs de Keys, de Goodell ? Ou bien aurons-nous recours à l'effet dilatant et relâchant du pôle négatif d'une pile galvanique, dans le but de favoriser l'écoulement des secrétions des ovaires, des trompes et de la matrice ? Ou enfin essayerons-nous l'effet des médicaments, surtout chez les jeunes filles ? Voici la manière dont je procède en général : Premièrement je cherche à améliorer la circulation du sang dans la matrice en faisant disparaître la constipation et en prescrivant l'exercice en plein air et au soleil, en corrigeant la diète et l'habillement. En sus de ces mesures hygiéniques je me trouve bien de l'emploi du fer, de la strychnine et de l'acide phosphorique.

D'après mon expérience, la moitié des cas de dysménorrhée se guérissent sans aucun traitement soit chirurgical soit local. Comme le grand nombre de ces patientes sont vierges, je ne les examine même pas, avant que le traitement ci-dessus mentionné, après avoir été fidèlement suivi pendant deux ou trois mois, soit trouvé inefficace. Cela semble ne pas faire de différence que les patientes perdent très peu ou en abondance ; car dans les deux cas elles ont été ou guéries ou grandement soulagées. Je me suis très souvent demandé : comment il se faisait que ce traitement enlevât la douleur ? C'est ainsi que j'explique la chose : Une matrice dont les nerfs et les muscles sont bien nourris et bien fortifiés sera bien moins sujette aux flexions obstructives et en même temps les ovaires affamés seront moins portés à souffrir de névralgie à la prochaine période mensuelle ; cette névralgie est un cri de détresse poussé par des nerfs mourant de faim.

Deuxièmement : Je m'efforce de soulager les contractions spasmodiques du sphincter de l'orifice interne du col par l'acétanilide à la dose de 10 grains trois fois par jour pour deux ou trois jours, quoique très souvent une seule dose suffise. Ce médicament doit toujours par prudence être accompagné d'un stimulant tel que le whiskey, le café ou la caféine, à cause de l'effet quelquefois alarmant qu'il exerce sur la circulation du sang. Quoique l'acétanilide ne guérisse pas la dysménorrhée, je ne puis pas me rappeler un seul cas que ce remède n'aie point soulagé et cela après l'avoir employé au delà de cent fois. Il existe d'autres remèdes précieux qui cependant manquent quelquefois de soulager : parmi ceux-ci, je considère le " Viburnum Prunifolium " comme étant le meilleur surtout parcequ'il est inoffensif. La préparation " Liquor Sedans " de Parke Davis, m'a rendu service dans à peu près la moitié des cas. On peut en autant de la préparation " Hayden's Viburnum Compound ", mais malheuement le coût en est trop élevé. Tandis que je suis à vous parler du traite-t médical contre la dysménorrhée, je dois en profiter, chers confrères, pour s mettre en garde contre deux médicaments particulièrement dangereux ; ont l'opium et l'alcool. Combien de familles ai-je vues dans la plus profonde ère, combien de foyers où régnait la désolation ; que de mères à tout jamais lues à leurs enfants, que d'avenirs brisés à cause de la morphinomanie et de

l'alcoolisme ! habitudes infâmes acquises au moyen d'innocentes prescriptions. Ces malheureuses ne consulteront rarement leur médecin, que lorsqu'il sera déjà trop tard pour les soustraire au joug de ces drogues, si ce n'est en les enfermant dans un asile d'aliénées ou d'alcooliques. Comparé au traitement par l'opium et l'alcool, le traitement chirurgical me semble de beaucoup préférable. Il y a un autre moyen de calmer les spasmes, qui mérite d'être mentionné, à savoir : le bain de siège dans de l'eau très chaude pendant une demi-heure et accompagné d'ablutions sur le bas ventre. C'est à notre Nestor, Sir William Hingston, que je suis redevable de ce mode de traitement ainsi que d'autres bons conseils ; j'ai eu plusieurs fois occasion de m'en servir avantageusement. Les douches d'eau chaude et le repos au lit m'ont aidé dans quelques cas ; mais employés seuls, ils ne m'ont jamais donné de guérisons.

J'ai publié, il y a cinq ans dans " l'American Journal of Obstetrics " un compte rendu de neuf cas de dysménorrhée rebelle guéris par l'électricité ; ce qui donna lieu à beaucoup de commentaires aux Etats-Unis et en Canada, s'il faut en juger par le nombre de correspondances que j'ai reçues, me demandant de plus amples détails sur la manière de procéder. Comme un certain nombre de ces patientes avaient été vainement traitées selon diverses méthodes y compris la dilatation rapide, qui dans un cas fut employée à deux reprises, et comme trois cas parmi les neuf ont à la suite du traitement par le pole négatif eu des enfants après dix ans de stérilité, il s'éleva alors des doutes sur la justesse de mes observations. Toutefois beaucoup de spécialistes, y compris le Dr William Gardner de Montréal, m'ont assuré depuis qu'ils avaient eu des résultats aussi remarquables. J'ignorais complètement le pouvoir thérapeutique de l'électricité dans la dysménorrhée, lorsque j'appris par ouï-dire que le Dr Gardner en avait obtenu de bons résultats. Je ne me souviens pas cependant qu'il en ait fait rapport. Depuis mon compte rendu de ces neuf cas, j'en ai traité près de cent autres cas par la même méthode ; ces cas à quelques exceptions près furent tous également satisfaisants. Je n'abuserai pas de votre patience par une longue dissertation sur la manière de procéder d'autant plus qu'elle se trouve toute détaillée à l'article " Disorders of Menstruation " dans le " International System of Electro Therapeutics " publié il y a trois ans par la maison Davis de Philadelphie. Je vous dirai seulement que c'est vraiment merveilleux de voir avec qu'elle facilité une sonde électrisée négativement se laisse introduire dans la matrice ; quand l'on sait d'avance que cette même sonde non électrisée ne peut pas être passée même en usant de force. S'il s'en trouve parmi vous qui doutent, je me ferai un plaisir de leur en faire la démonstration à mon cabinet de consultations pourvu que l'on me fournisse une patiente à qui il est impossible de passer une sonde.

Dans la plupart des cas la seconde ou la troisième menstruation qui suit le traitement apparaît sans douleurs. Quant aux cas qui ne donnent pas de succès il existe probablement chez les malades quelques maladies des appendices.

Troisièmement : Ceux qui ne sont pas familiers avec l'électricité ou qui n'ont pas l'appareil nécessaire, quoique celui-ci soit très simple, pourront employer la dilatation rapide comme étant ce qu'il y a de mieux si la thérapeutique a fait

défaut. Je préparerai peut-être un rapport sur des cas traités par cette méthode ainsi que les résultats, pour la prochaine assemblée de la British Medical Association qui doit avoir lieu à Montréal. J'aurai alors une liste à peu près complète de ces cas que l'on peut estimer au nombre de trois cents, dont un cent n'ont pas donné de succès.

A l'exception de cinq ou six cas pour lesquels j'ai fait usage de bougies ou des dilateurs coniques d'Hégar, tous ont été dilatés premièrement au moyen du dilatateur Wyley et ensuite au moyen du dilatateur Goodell.

Ce n'est pas comme beaucoup seraient portés à le croire une opération facile et sans dangers. La patiente doit être parfaitement sous l'effet de l'anesthésie afin de paralyser complètement les muscles circulaires du col ; et dans le cas ou l'opérateur ne pourrait observer les règles de l'antisepsie dans leurs plus petits détails il vaudrait mieux qu'il abandonnât l'opération. Au nombre des résultats fâcheux dont j'ai été témoin je citerai : une péritonite générale suivie de mort, un cas de perforation de la paroi postérieure de la matrice qui, grâce a l'antisepsie suivie de la laparatomie pour suturer cette perforation, n'a pas eu de mauvais résultat ; plusieurs déchirures graves du col et bon nombre de péritonites pelviennes latentes que les manipulations avaient rallumées. On ne peut pas condamner trop sévèrement la coutume, peut-être trop répandue, de pratiquer la dilatation, dans un bureau, sans prendre les précautions antiseptiques voulues. Quand l'on pratique la dilatation, ce doit être d'une manière complète. Il faut employer au moins une demi-heure pour faire une dilatation d'un pouce et demi et pendant ce temps un jet continu d'eau stérilisée devrait arroser le champ de l'opération. Selon moi, chaque dilatation devrait être suivie du curettage, et particulièrement de la membrane muqueuse endurcie, autour du col, qui agit comme une valvute à sa sortie et empêche ainsi l'écoulement des menstrues. (Ceci cause quelquefois beaucoup d'irritation et occasionne des spasmes reflexes du sphincter de l'orifice interne.")

Toute l'étendue des parois de la matrice doit être ensuite badigeonnée avec un mélange composé d'égales parties de "Churchill's Iodine" et d'acide carbolique, d'abord comme antiseptique et ensuite parceque ça aide la guérison de l'endométrite qui très souvent l'accompagne, ce qui peut être aussi la cause de la douleur. Il arrive quelquefois, que la dilatation et le curettage ne réussissent pas du tout ou ne soulagent que pour la prochaine menstruation. Que devons-nous donc faire dans ces cas ? J'ai pour habitude de répéter l'opération au moins une fois, d'autres la répètent trois fois.

J'ai eu plusieurs fois occasion de réséquer le col selon la méthode de Schrœder, quand celui-ci était allongé et de forme conique ; les résul-
s ont toujours été excellents. Devons-nous employer le pessaire
ra-utérin (Simpson) dans le but de conserver la matrice dilatée ?
n défends complètement l'usage ; si on les emploie ce doit être avec beaucoup
précaution, la patiente devra garder le lit et il faudra la surveiller à cause
symptômes de péritonite qui pourraient se déclarer. Quelle est donc la
se, dans ces cas rares, qui, après tant de soins, nous empêche d'obtenir aucun
lagement ? Selon mon expérience, toutes les maladies qui, après avoir été

soigneusement soumises pendant l'espace d'un an à ces différents modes de traitement, n'en retirent aucun bénéfice, souffrent de maladies incurables des trompes et des ovaires qui demandent leur enlèvement. C'est arbitrairement que je fixe à un an la durée du traitement. parce que d'une part je m'oppose à l'enlèvement des ovaires, jusqu'à ce que tous les autres modes de traitement aient été épuisés, que de l'autre je tiens à donner à mes patientes une promesse certaine de guérison, car sans l'espérance, comme stimulant, elles se décourageraient et finiraient par abandonner le traitement. Chez cinq pour cent des cas seulement ou à peu près quarante fois j'ai été forcé d'avoir recours à ce procédé en dernier ressort, quand en ouvrant l'abdomen j'y découvrais au-delà de ce qu'il fallait pour expliquer cette résistance à tant de moyens thérapeutiques ; chez la plupart des malades les trompes étaient ensevelies sous des masses d'adhérances avec l'une ou l'autre extrémité scellée. J'ai eu huit cas d'hydrosalpinx simple et double, vingt cas de sclérose des ovaires ; les follicules ne pouvaient éclore à moins d'une forte pression.

Les résultats dans ces cas ont tous été satisfaisants ; j'ai eu soin de faire mes ligatures des cornes aussi près de la matrice que possible, afin de pouvoir enlever complètement le tissu ovarien, parce qu'en négligeant ces précautions j'eusse fait manquer le but de l'opération ; à savoir l'arrêt immédiat et complet de la menstruation. Je ne dois pas oublier de mentionner ici, six cas remarquables de dysménorrhée graves dus à la rétroversion avec fixation, les ovaires étaient englobés par des fausses membranes, l'extrémité frangée de la trompe cimentée. Comme mes patientes étaient des femmes mariées et qu'elles me priaient instamment de ne pas enlever leurs ovaires, je débarrassai avec soin la matrice ensuite les trompes et les ovaires qui étaient ensevelis dans le cul de sac de Douglas ; dans quelques cas il y eut un peu de déchirure des tissus. Je détachai ensuite l'extrémité frangée adhérant à l'ovaire, après quoi, ayant dilaté la trompe, je fixai la matrice à la paroi abdominale. L'un de ces cas a été opéré à l'Hôpital Samaritain, il y a quelques jours, en présence de plusieurs membres de cette société, ceux-ci peuvent témoigner de l'épaisseur des fausses membranes et du nombre des adhérences qui englobaient les ovaires ; l'opération de ces six autres cas date depuis six mois à deux ans et elles voient à présent leurs règles sans douleurs. Cette dernière méthode promet beaucoup pour l'avenir, car nous nous apercevons de plus en plus qu'il faut ne pas sacrifier les ovaires, s'il y a possibilité de les sauver.

Résumé :

50 pour cent des cas furent guéris par la thérapeutique et l'hygiène y compris la grossesse ;

25 pour cent par la dilatation rapide et le curettage ;

12½ au moyen du pole négatif d'une pile galvanique ;

5 pour cent par l'ablation des appendices ;

7½ ayant perdu patience se dirigèrent vers d'autres institutions, et subirent en fin de compte pour la plupart l'ablation.

250, rue Bishop, Montréal.

LA CARIE DENTAIRE ET LES AFFECTIONS OCULAIRES.

Par le Dr. ROBERGE, de Saint-Barthélemi.

Pour tout observateur attentif, il existe une relation étroite de cause à effet entre la carie dentaire et les maladies des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge et des sinus avoisinants. Il est d'occurrence journalière de voir les douleurs atroces de l'otalgie se calmer comme par enchantement après l'extraction d'une dent cariée. De même, on a vu des sinusites, des rhinites, des ulcérations buccales ou pharyngées ne reconnaître aucune autre cause. Dans le domaine de la vision, on a signalé des cas de lésions diverses du globe de l'œil ou des paupières. Le glaucome aigu a été observé, de même que la parésie de l'accommodation. Dernièrement le Dr Foucher a relaté un cas de kératite herpétique dont le point d'origine n'était autre chose qu'une dent cariée.

L'observation suivante que nous avons cueillie dans notre clientèle prouve, une fois de plus, que la carie dentaire, si peu avancée qu'elle soit, est pour beaucoup dans l'étiologie des maladies inflammatoires de l'œil.

Le 12 septembre 1896, un jeune homme de 18 ans vient me consulter. Il accuse dans son œil droit un malaise inaccoutumé qui s'est fait sentir il y a une dizaine de jours. La conjonctive bulbaire est le siège d'une injection très prononcée avec localisation plus accentuée au pourtour de la cornée. Tout à fait au centre de cette dernière membrane, dans les couches profondes, un petit point blanchâtre me révèle la nature de la maladie que j'ai à traiter. Comme symptômes subjectifs, les symptômes ordinaires; larmoiement, photophobie, etc.—Peu de douleurs périorbitaires. Le malade met sur le compte d'un refroidissement subit la maladie dont il souffre.

L'examen rhinologique ne révèle qu'une très légère hypérémie de la pituitaire. Les voies lacrymales sont intactes. En examinant la bouche on découvre trois dents légèrement cariées : deux molaires supérieures, droite et gauche, et une molaire droite inférieure. Elles ne sont le siège d'aucune douleur soit temporaire, soit permanente. Je prescris collyre à l'atropine et compresses boriquées chaudes.

Le 17 *septembre*, c'est-à-dire 5 jours après, l'état inflammatoire de l'œil est à peu près le même. Au lieu de disparaître, le point blanchâtre du centre de la cornée a augmenté de volume et a pris une teinte jaunâtre. Je donne issue pus extérieurement avant qu'il y ait perforation des couches profondes, puis, traite par l'atropine l'ucère subséquent.

21 *septembre*.—La conjonctive a presque repris son état normal. Il y a pendant encore un peu d'injection périkératique. L'ulcère est légèrement parent.

28 *septembre*.—Après avoir passé trois jours relativement bien, mon malade

me revient avec une hypérémie conjonctivo bulbaire double des plus prononcées accentuée surtout daus les culs de sac et s'étendant à la muqueuse palpébrale. Pas d'injection périkératique. Sensation de grains de sable dans les yeux. Aucune cause plausible reconnue pour expliquer ces nouveaux symptômes si ce n'est les trois dents cariées. Un collyre astringent ramène les deux conjonctives à peu près à leur état normal au bout de 3 à 4 jours.

5 *octobre.*—L'œil droit revient à la charge avec son injection conjonctivo-bulbaire accompagnée cette fois d'une légère injection périkératique. Aucune altération apparente de la cornée. L'œil gauche est tout-à-fait bien. L'atropine et les compresses chaudes boriquées viennent encore à notre secours et apportent une amélioration sensible quoique imparfaite.

10 *octobre.*—Une kératite marginale commence à se manifester dans l'œil droit à la partie supéro-externe. Sur mon refus formel de continuer à le soigner s'il ne consent à se soumettre à mon davier, mon patient se décide enfin à se départir de ses molaires avariées. Il en a été récompensé par une guérison prompte et permanente. En peu de jours les symtômes inflammatoires ont complètement disparu et ne se sont nullement manifestés depuis.

Les conclusions à tirer de ce fait sont celles-ci :

1° Toujours examiner les dents lorsqu'on a à traiter une maladie des yeux.

2° S'il y a quelque dent cariée, si peu endommagée qu'elle soit, si peu de douleurs qu'elle occasionne, exiger qu'elle soit enlevée immédiatement ; ou, qu'elle soit soumise à un homme de l'art pour être traitée convenablement de manière à ne plus être une source continuelle d'irritations et d'infection.

St-Barthélemi, 27 janvier, 1897.

L'étiologie du scorbut.—Durant le voyage de l'explorateur Nansen dans les régions polaires, tous les hommes composant l'équipage du " Fram " demeurèrent en bonne santé. Jamais il n'y eut de symptômes de scorbut parmi eux. Nansen, dans les précautions spéciales qu'il avait prises pour la préservation des aliments s'était basé sur les données que lui avait fournies le prof. Torup, de l'Université de Christiana. Le prof. Torup est d'opinion que le scorbut est causé par l'empoisonnnement provoqué par la viande et le poisson mal conservés, qui produisent des substances analogues aux ptomaïnes ; les substances, absorbées d'une manière prolongée, produisent le scorbut.

Le bacille de la fièvre jaune.—On dit que le Dr Sanarelli de Rio Janeiro, Brésil, a découvert le bacille de la fièvre jaune. Ce médecin aurait poursuivi ses recherches durant la plus grande partie de l'été dernier, serait parvenu à isoler le microbe qui, dit-il, se présente d'une manière très nette et parait être le plus étrange des microbes connus." Des expériences faites dans le but de préparer un sérum anti-fiévreux auraient réussi. Si le fait est exact, le Dr Sanarelli aura droit à la récompense de 150,000 scudi ($180,000) promise par le gouvernement du Brésil à celui qui trouvera le remède spécifique de la fièvre jaune.

L'hydrocyanate de fer est un nouveau médicament employé à la dose de ½ à 2 grains trois ou cinq fois par jour contre l'épilepsie. On en obtient, paraît-il, de très bons résultats.

FAIT CLINIQUE.

Cataractes secondaires des deux yeux, strabisme de l'œil droit et dyplopie par le Dr JEHIN PRUME.

Le 17 novembre, un nommé John F.·. de Maisonneuve (Montréal) se présentait dans mon cabinet de consultation pour une affection des deux yeux pésentant les caractères suivants.

A première vue, un strabisme interne, très fort, de l'œil droit. Questionné sur l'origine de ce strabisme, le malade me répond qu'il date de trois ans, époque à laquelle il fut opéré de cataracte aux deux yeux.

Ce strabisme le gêne beaucoup, vu qu'il voit double depuis l'apparition de la maladie. Avec la chandelle, on voit que les images sont directes, d'où, paralysie d'un des droits externes.

A l'examen direct, on voit une cataracte secondaire totale de l'œil droit, véritable toile d'araignée à travers laquelle le malade voit comme au travers d'un épais nuage. A l'œil gauche, la toile est aussi épaisse, mais possédant dans sa région médiane une légère ouverture par laquelle le malade peut quelque peu distinguer.

VISION

O. D : peut compter les doigts à 20 centimètres avec + 11 d.
O. G. lit N. D. (Echelle de Wecker) à 2 mètres avec + 10 d.

Le malade (naturellement !) me demande si je puis lui rendre une vision convenable ?

Ma réponse fut quelque peu normande : Peut-être bien *que* oui, peut-être bien *que* non.

Le malade, qui n'est cependant pas normand, se décide et s'en remet à moi.

Je me décide tout d'abord à opérer le strabisme. Ce qui est fait deux jours après. Simple ténotomie interne, un fil, et au bout de trois jours, l'œil est complètement droit et la vision binoculaire rétablie dans toute son intégrité.

L'œil droit étant le plus mauvais je pensais plus logique d'opérer d'abord cet œil. Une cataracte secondaire est toujours une chose très délicate à opérer. (Plusieurs médecins avaient même refusé d'opérer mon malade).

On entend par cataracte secondaire, des opacités qui se développent dans hamp pupillaire après l'extraction de la cataracte primitive (cataracte ordi- e). Ces opacités peuvent être dues soit aux éléments du cristallin qui ne pas complètement résorbés, soit à l'épaississement et la transformation cata- euse de la cristalloïde postérieure. Ce dernier cas était celui observé chez n malade.

Les chambres antérieures de mon malade étaient parfaitement formées, vastes et profondes.

Je me décidai donc à opérer tout d'abord l'œil droit.

Je fis coucher mon malade dans un lit en fer simple ; en lui faisant comprendre qu'il lui serait impossible de se lever avant trois jours. J'instillai par trois fois du chlorhydrate de cocaïne (Sol 1 p. 20) ; quelques minutes avant d'opérer j'ajoutai à la cocaïne quelques gouttes d'ésérine, pour diminuer la tension intra oculaire et éviter ainsi quelque sortie brusque du corps vitré.

Le malade couché, je lavai soigneusement l'œil de mon patient avec une solution de Sublimé (1 p. 2000). Je bouchai l'autre œil avec un tampon d'ouate hydrophyle, afin d'éviter au malade le besoin de regarder de droite et de gauche.

Je plaçai un écarteur externe et saisis l'œil à l'aide d'une pince à fixer à ressort. Je ponctionnai mon œil au niveau d'insertion de la cornée avec une lance sans arrêt à angle très ouvert. De cette manière j'obtenais une plaie assez vaste pour permettre d'introduire un instrument dans la chambre antérieure.

Je retirai ma lance, enlevai le plus délicatement possible la pince à fixer et l'écarteur. Je demandai au malade de regarder fortement en bas et à l'aide du kystitome je déchirai la cristolloïde postérieure. Je retirai mon instrument, instillai quelques gouttes d'éserine et obtint une large ouverture par laquelle le malade pouvait parfaitement distinguer.

Aucune sortie du corps vitré ne se fit pendant la durée de l'opération.

Quatre jours plus tard le malade pouvait reprendre ses occupations.

Trois semaines après la première intervention j'opérais l'œil gauche, avec les mêmes soins et les mêmes résultats que pour l'œil droit.

Aujourd'hui le malade est en parfaite santé, et voici le dernier résultat obtenu en examinant l'état de sa vision.

9 *Février* 1897,

O. D : V= avec + 11 d $\frac{1}{6}$ à 5 m.

O. G : V= avec + 11 d $\frac{1}{4}$ à 5 m.

Montréal, 15 février 1897.

L'hydrozone est une solution agueuse à 30 °/o de peroxyde d'hydrogène. Elle détruit le pus, favorise la granulation et n'a pas d'effets toxiques.

ERRATA.

Page 68, art. Appendicitomie, 3e alinéa, 2e ligne, au lieu de : *vert rongeu* veuillez lire : *ver rongeur*.

Même article, page 70 2e alinéa, 11e ligne, au lieu de : *un mésentère presqu* *un mésentère propre*.

Même aliéna. 28e ligne, au lieu de *la présence intérieure*, veuillez lire : *présence antérieure*.

SOCIÉTÉS DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Séance du 18 février 1897

Dr A. JOYAL, président, au fauteuil.

Perforation de l'Os Frontal et des Méninges sans Lésions Cérébrales. Guérison.

Le Dr DEROME présente un malade du service de chirurgie, alcoolique, qui, dans un moment de découragement s'est tiré presqu'à bout pourtant un coup de revolver au milieu du front. La balle a perforé d'une manière très nette la table externe de l'os et s'est aplatie sur la table interne, produisant une fracture multiple de cette dernière avec dépression. Les bords de la plaie sont brûlés par la poudre. Le blessé, amené rapidement à l'hôpital par l'ambulance, est sans connaissance, avec un pouls très petit et des vomissements incoercibles. On procède immédiatement à l'extraction de la balle, après anesthésie locale à la cocaïne. La balle est facilement enlevée, mais il a fallu réséquer les esquilles d'os de la table interne fracturée pour les amener au dehors par l'ouverture ronde, bien limitée, de la table externe. La dure-mère est légèrement déchirée ; il se produit une légère hémorrhagie. La balle dans son trajet a ouvert le sinus frontal, et l'on s'aperçut plus tard, en faisant souffler le malade dans son nez, que l'air sortait par la plaie. Après l'opération, les vomissements ont cessé. Le cerveau, légérement déprimé par la compression exercée sur lui, est resté ainsi plusieurs jours. Mais la convalescence s'est faite sans que le malade ait présenté des symptômes cérébraux ou psychiques.

Hypertrophie du Cœur et Lésions Valvulaires chez Deux Jeunes Enfants.

Les Drs BENOIT et LAMARCHE présentent à la société deux malades du service du Dr Rottot. Ce sont deux jeunes garçons, âgés tous deux de 14 ans, et tous deux souffrant d'hypertrophie du cœur avec lésions valvulaires. L'un, Moïse P., a un rétrécissement de l'aorte avec insuffisance mitrale prononcée ; l'autre, Louis H. porte une insuffisance mitrale simple ; chez tous les deux l'auscultation et l'histoire clinique sont caractéristiques.

Moïse P. a souffert de rhumatisme articulaire aigu il y a trois ans, et l'année dernière à pareille époque. A part cela, sa santé a été satisfaisante. Les renseignements du côté de la famille sont peu précis. Au mois de juillet dernier, l'enfant s'est placé chez un marchand, à la campagne, où il est resté jusqu'au mois de novembre ; il lui est arrivé, à plusieurs reprises, de faire un ouvrage bien au dessus de ses forces. Au mois de novembre, il a été pris tout à coup de palpitations, de douleur précordiale, de vertiges, de dyspnée, et s'est vu forcé de quitter sa place. Il s'est retiré chez son frère pendant quelque temps, puis, ayant

eu une hémoptisie, il a consulté un médecin qui lui a conseillé de venir à l'Hôpital, où il est entré le 14 janvier.

Le petit malade a le teint très pâle, mais rien dans son apparence n'indique un trouble profond de la nutrition. L'examen nous révèle tout d'abord une poitrine asymétrique, avec affaissement à droite et proéminence à gauche. On voit battre la pointe du cœur dans le 6e espace intercostal, en dehors du mamelon. La paume de la main, placée à cet endroit, perçoit un frémissement cardiaque. La matité précordiale est augmentée de volume. Le pouls est irrégulier, mais point bondissant.

A l'ausculation, on entend à la pointe, un souffle systolique de moyenne intensité qui se propage vers l'aisselle. Dans le deuxième espace intercostal, à droite, du stermum (côté droit du malade), on entend un souffle systotique marqué qui se propage le long des carotides. Tous les bruits du second temps sont plus doux. Le cœur se contracte avec force et est irrégulier. Le poumon, surtout du côté gauche, est congestionné.

On pose comme diagnostic ; rétrécissement aortique sans insuffisance aortique, ce qui est assez rare, mais accompagné d'une légère insuffisance mitrale : hypertrophie du cœur consécutive.

Louis H. est entré le 15 février pour un simple rhume dont il veut se faire guérir. Il est sujet à avoir le rhume, mais autrement il se dit satisfait de sa santé. Son aspect, cependant, indique une nutrition mauvaise. Ses parents lui ont dit que tout jeune, il avait eu le rhumatisme inflammatoire. Il affirme monter un escalier sans fatigue ; cependant, l'ascension d'une côte l'oblige à s'arrêter, par essouflement.

En faisant l'examen au point de vue des poumons, on constate que la matité du cœur est augmentée, que la pointe bat à deux travers de doigts en bas et en dehors du mamelon. Le stéthoscope, appliqué à la pointe, révèle un souffle râpeux, en jet de vapeur, systolique qui se propage à l'aisselle et qu'on entend dans le dos. Le pouls est irrégulier et faible. Rien aux autres valvules. La poitrine est asymétrique, mais plutôt par défaut de nutrition.

Le diagnostic posé est : insuffisance mitrale avec hypertrophie.

Le tracé du pouls chez ces deux malades, pris avec le sphygmographe de Dudgeon, est caractéristique et confirme les données du stéthoscope. Chez Moïse P., la ligne de systole est assez longue, mais courbe, peu ferme : le sang, passant dans un orifice rétréci, et peu soutenu par la valvule mitrale qui cède, n'emplit pas pleinement l'aorte, ne la dilate pas avec ampleur. Par contre, à la diastole, la chute du tracé n'est pas brusque, ce qui indique que la colonne sanguine ne revient pas en arrière, que les valvules sigmoïdes sont suffisantes. Chez Louis H., la colonne sanguine, durant la systole, est si peu soutenue par la valvule mitrale insuffisante, le sang reflue tellement dans l'oreillette, que le tracé sphygmographique sépare à peine les systoles des diastoles, et les enregistre toutes deux par des lignes tremblées fort caractéristiques.

Les symptômes éprouvés par les deux petits malades sont bien en rapport avec le siège de la lésion valvulaire. Chez Moïse P., sous l'influence de la digitale et surtout du repos, l'irrégularité du cœur est disparue. Mais le malade conserve

sa paleur habituelle, et la moindre fatigue, le fait seul de courir autour d'une table suffisent pour ramener la dyspnée, les palpitations, le vertige, et le forcent à prendre le lit pour un jour ou deux. C'est un cœur aortique qui se cabre à la moindre alerte. Louis H., par contre, ne sent jamais son cœur, ne se doute même pas qu'il est malade. Cependant la circulation chez lui se fait mal : les joues sont tachées de rouge, les lèvres légèrement cyanosées ; les poumons se congestionnent pour la moindre cause. Il n'a pas de palpitations, pas de douleurs cardiaques : son cœur, sous la pression sanguine, se laisse dilater tranquillement. C'est un cœur prédisposé à l'asystolie.

Le pronostic, d'ailleurs, est tout à fait défavorable dans les deux cas. Tout muscle qui a un surplus d'ouvrage à faire s'hypertrophie pour l'accomplir, mais à une condition : c'est que sa nutrition soit parfaite. Or, comme ces deux enfants sont à la période de croissance, le cœur devra non seulement maintenir sa nutrition augmentée, mais encore accomplir une tâche de plus en plus grande. Il est fort douteux qu'il y réussisse, et que la compensation se maintienne longtemps.

Le Dr Brennan attire l'attention des membres de la Société sur le fait que l'intoxication par le tabac peut produire dans le cœur des bruits de souffle qui ne dépendent pas d'une lésion organique, mais sont dûs soit à l'altération du sang, soit à un changement dans la tonicité du muscle. Ces bruits sont plus doux que les bruits pathologiques valvulaires ; ils cessent si l'on supprime l'usage du tabac. Le cœur est en même temps irrégulier, et il y a angine de poitrine.

Le Dr Cormier rapporte à ce propos le cas d'un malade refusé par plusieurs compagnies d'assurance sur la vie pour cause de maladies de cœur, alors qu'il s'agissait simplement d'un *tobacco heart*. Ce malade, réexaminé quelques années plus tard, ne présentait plus aucun souffle ; il fut admis après quelques hésitations.

Le Dr Hébert fait remarquer que la douleur de l'angine de poitrine due à l'intoxication par la nicotine siège à la pointe, tandis que l'angine de poitrine vraie siège à la base.

Kyste du para-ovarium adhérent à la trompe.

Le Dr Brennan présente un kyste enlevé le matin même chez une malade du service de gynécologie. Ce kyste, passablement volumineux, est sillonné sur toute sa longueur par la trompe, absolument adhérente, et dont le pavillon est étalé sur l'extrémité libre de la tumeur ; le point d'origine du kyste fait corps avec le tissu du para-ovarium, et tout le reste de la surface est extrêmement e La tension du liquide est assez forte ; mais, chose à noter, le kyste était ien enclavé entre l'utérus et la paroi du bassin qu'il donnait au toucher la ation d'un corps dur, ce qui, joint à l'immobilité, avait fait penser à un ome intra-ligamenteux. Ce n'est qu'en faisant une laparatomie exploratrice l'on put se rendre compte de la véritable nature de la tumeur, qu'on va immédiatement sans grande difficulté.

Influence de la blennorrhagie sur les suites de couches.

Le Dr Brennan a été frappé de la fréquence de la stérilité ches les jeunes femmes mariées, stérilité qui se manifeste souvent après le premier accouchement, et dont la cause la plus fréquente et presque unique doit être recherchée dans l'existence d'une blennorragie, le plus souvent à l'état chronique (goutte militaire), chez le mari. C'est une cause qu'il est bon de ne pas méconnaître, quand on rencontre en pratique un cas de stérilité. Convaincu de la fréquence très grande de l'infection blennorragique chez les femmes mariées, et des résultats graves qui en résultent, désirant d'autre part poursuivre plus avant l'étude de cette question, le Dr Brennan prie les membres de la Société de vouloir bien lui fournir tous les renseignements qu'ils possèdent sur l'exactitude des faits suivants, et toutes les observations qu'ils pourraient recueillir à ce sujet.

La blennorrhagie est une cause fréquente de complications puerpérales.

L'infection se montre du cinquième au vingtième jour.

La période d'invasion est caractérisée par un frisson souvent unique.

L'envahissement du tissu lymphatique se fait sous forme de dépots diffus; il siège surtout aux alentours du col et dans le tissu cellulaire pelvien. C'est une lésion surtout locale, qui s'accompagne plus souvent de métrite et de pelvi-cellulite que de pelvi-péritonite. La sensibilité utérine est assez prononcée.

Dans les cas d'infection blennorrhagique post-puerpérale, les lochies ne cessent pas ou très peu, *mais elles n'ont pas l'odeur* de l'infection puerpérale ordinaire streptococcique. Si l'on pratique le curettage, on ne ramène aucun débris de tissus organiques en voie de désorganisation.

Il serait bon de rechercher s il peut y avoir un rapport entre la douleur et l'œdème du membre inférieur.

A cause de la localisation de l'infection dans les voies lymphatiques profondes, l'ophthalmie purulente paraît plus rare.

La stérilité étant fréquente après un premier accouchement, il est important dès le début de la grossesse de rechercher l'existence d'une contagion possible. Par exemple, la goutte militaire chez le mari.

Il arrive que l'infection blennorrhagique s'accompagne de rétention des membranes. Dans ces cas, les symptômes diffèrent, et il n'y a pas d'odeur.

Les relevailles sont lentes; les douleurs persistent longtemps, la marche étant sous-aiguë, même chronique.

Des précautions antiseptiques sont nécessaires pour prévenir ces complications après l'accouchement. Il faut surveiller surtout le col de l'utérus. Faire dans la cavité utérine des injections de bichlorure de mercure non acide; tamponner à la gaze. Pas de curettage.

Le Dr Joyal rappelle que c'est le Dr Laplace, de la Nouvelle-Orléans, maintenant professeur à Philadelphie, qui a le premier attiré l'attention sur la nécessité d'acidifier les injections de bichlorures afin de les empêcher de coaguler l'albumine, cette coagulation amoindrissant leur action pénétrante.

Le Dr Brennan dit qu'il y a cinquante ans, un médecin vétérinaire du sud de l'Angleterre conseillait cette pratique.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

L'ALIMENTATION DES MALADES DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

A CLINICAL LECTURE BEING A PLEA FOR A LESS RESTRICTED DIET IN TYPHOID FEVER, By A. G. BARRS.—*British Medical Journal*, jan. 16, 1897.

REMARKS ON THE EARLY FEEDING OF TYPHOID PATIENTS, by SAMUEL WEST.—*British Medical Journal*, jan. 30, 1897.

Le Dr Barrs, professeur de matière médicale à l'université de Yorkshire et médecin de l'hôpital de Leeds s'est dernièrement prononcé dans l'une de ses cliniques en faveur de l'alimentation des malades souffrant de fièvre typhoïde. Il est d'avis que lorsque le malade n'est pas trop déprimé et manifeste une faim réelle, il faut le laisser manger ce qui lui plait et ce qu'il a coutume de bien digérer. C'est ce qu'il a fait dans 31 cas de fièvre typhoïde soignés dans son service depuis trois ans, et les malades se sont bien trouvés du régime.

L'auteur cite le cas d'une dame atteinte de fièvre typhoïde depuis huit semaines. La température, rémittente, s'élevait le soir à 100° ou 101°, baissait le matin à 99°. La faiblesse et l'amaigrissement étaient considéralbles. Soumise à une diète sévère depuis le début de sa maladie, la malade ne demandait qu'à manger. Appelé en consultation, le Dr Barrs prescrit des œufs, des cotelettes, du pain, du beurre. Quatre jours après, la température est devenue normale et la malade mange avec sa famille.

Un jeune homme, entré dans le service avec une fièvre typhoïde grave, au 11e jour de sa maladie, est nourri avec de la viande hachée, malgré la fièvre forte et les symptômes nerveux. La maladie suit une marche naturelle et la température devient normale le 23e jour.

Des trois raisons données par les médecins pour faire observer une diète liquide rigoureuse : 1° inappétence ; 2° état fébrile ; 3° danger des complications, le Dr Barrs n'admet que la première. Si le malade a la bouche sèche, fuligineuse, s'il a du délire et des vomissements, il ne faut pas songer à utiliser son estomac. Mais un malade dont l'état général est satisfaisant, dont les fonctions physiologiques se font bien, qui a faim, qui désire manger, doit manger, car son estomac est en état d'accomplir sa tâche. Il s'agit tout d'abord, et c'est important, de bien discerner les cas. Dès que l'on est sûr qu'un malade peut digérer, et l'un des meilleurs symptômes est la faim, on doit le laisser manger, quelle que soit la température, sans s'occuper des lésions intestinales.

La période aiguë de la maladie, la fièvre n'est pas une contre-indication, le Dr Barrs, à l'alimentation. De même qu'il y a une température normale, pouls normal, un poids normal, une fréquence de défécation normale, dans at de santé, de même aussi y a-t-il un appétit normal et une digestion normale. C'est le devoir du médecin de veiller à ce que, dans l'état de maladie, ni uns ni les autres ne s'écartent trop de la normale, l'appétit et la digestion pas s que le reste. Ce sont les besoins du malade qui doivent nous guider, et non nos idées préconçues sur les exigences de la maladie. Le patient, comme

l'a dit Sir William Roberts à propos d'autres maladies, doit manger ce qu'il aime et ce qui lui va.

Le Dr Barrs ne croit pas que les aliments solides puissent augmenter la diarrhée. Celle-ci survient même avec une diète sévère, et elle dépend non de l'alimentatation, mais des lésions intestinales spécifiques. Les aliments solides ne peuvent pas non plus, suivant l'auteur, lorsqu'ils sont bien digérés, augmenter le tympanisme et les contractíons péristaltiques plus que peut le faire la diète lactée. Quelle que soit la nature de l'aliment que l'on met dans l'estomac, si cet aliment est digestible, et si l'estomac digère, il atteindra le siège de la lésion typhoïde dans un état égal de fluidité, que ce soit du lait, du bœuf, des bananes, ou n'importe quoi. Si l'estomac ne digère pas, le patient n'aura pas d'appétit, et alors l'on ne doit pas lui donner d'aliments solides. Quant aux ulcérations intestinales, elles sont ordinairement légères; quand elles s'étendent jusqu'à la couche péritonéale, leur terminaison naturelle est la perforation. L'alimentation du malade n'a rien à y voir.

L'auteur nie absolument la possibilité d'une rechute provoquée par les aliments solides. Du moment que l'on admet l'origine microbienne de la maladie, le pain, le beurre ou la viande n'y peuvent rien, pas plus que le lait.

Répondant à la clinique du Dr Barrs que nous venons d'analyser, le Dr West, médecin de l'hôpital St-Barthélemi, de Londres, s'est fait le défenseur de la pratique courante qui consiste, dans la fièvre typhoïde, à prescrire une diète liquide invariable jusqu'à dix jours après la disparition de la fièvre. C'est un fait reconnu par la grande majorité des praticiens, dit le Dr West, que le changement de diète, durant la fièvre typhoïde ou dans les premiers jours de la convalescence, fait courir au malade les plus grands dangers de rechute. Les explications qu'on peut en donner sont insuffisantes, mais le fait est indéniable.

De toutes les diètes liquides, c'est la diète lactée qui nourrit davantage et est le mieux supportée par la majorité des patients. On peut vivre des mois au régime lacté, et travailler avec cela. L'amaigrissement, l'anémie, la débilité, dans la fièvre typhoïde, sont dûs à la fièvre, non pas à la diète. On voit la même chose dans la tuberculose, où cependant l'appétit est souvent conservé! Quand la faim se fait sentir chez un malade soumis à une diète liquide, on n'a qu'à augmenter la quantité du liquide; mais on ne doit pas conclure que le malade est affamé. Les désirs des patients ne sont jamais un guide sûr.

Donc, le fait à discuter, c'est la réalité du danger d'un changement trop brusque dans le régime. Dans les questions de ce genre, l'expérience basée sur l'observation vaut mieux que les statistiques. Or, l'expérience de la généralité des médecins, qui sont appelés à se prononcer dans tous les cas de fièvre typhoïde sur la diète à suivre, est que cette diète, liquide, ne doit pas varier jusqu'à huit ou dix jours après la disparition de la fièvre, parce qu'autrement on s'expose à une rechute. C'est une opinion dont il est bon de tenir compte, parce qu'elle est générale.

L'auteur, pour sa part, a constaté le fait maintes et maintes fois. Il a vu des rechutes survenir non seulement parce qu'on avait donné trop tôt des aliments solides, mais encore parce qu'on avait changé d'aliments liquides. Il a vu des malades, après avoir sucé du jus d'oranges, avoir une recrudescence de leur fièvre, tout comme d'autres en ont eue après avoir avalé un morceau de pudding.

Il est difficile de donner une explication exacte de ce fait tant que nous ne saurons pas exactement pourquoi une fièvre s'arrête spontanément. On croit, aujourd'hui, que ce résultat est dû à des modifications physiques ou chimiques des cellules du corps humain, modifications très subtiles qui empêchent les germes de se développer, ou neutralisent leurs toxines. Si la chute de la fièvre dépend de la production d'antitoxines, dont la composition chimique est compliquée, il est fort possible que de légers changements chimiques puissent les modifier, les neutraliser, ou arrêter leur production, ce qui permettrait aux

toxines de faire sentir de nouveau leur action. L'auteur cite à ce propos l'influence rapide des aliments sur la production de l'urée ou du sucre. Le rhumatisme, qui est probablement une maladie infectieuse, récidive souvent sous l'effet des changements de diète

Si ces théories sont exactes, on comprend que dans la fièvre typhoïde les changements brusques de diète paraissent avoir un effet analogue. Suivant le Dr West, c'est un fait d'une grande importance, et qui doit dominer tout le traitement. Il faut d'abord trouver une diète qui aille au patient, qu'elle soit ou non lactée. Une fois la diète fixée, il est de la plus grande importance de ne pas changer sans raison grave Il n'y a aucun inconvénient à continuer la diète dix jours après la cessation de la fièvre, si l'on a eu soin d'augmenter la quantité de liquide. On évitera ainsi le danger d'une rechute.

Le Dr West ne voit aucune utilité à discuter l'opportunité de la diète liquide dans la fièvre typhoïde, opportunité admise par la profession en général.

Le principe actif de la glande thyroïde.

ON THE ACTIVE CONSTITUENT OF THE THYROID GLAND, by ROBERT HUTCHINSON.—*British Medical Journal* jan. 23, 1897.

Le Dr Hutchinson, ancien assistant professeur de physiologie à l'université d'Edimbourg, publie sur ce sujet un fort intéressant article, dans lequel il affirme de nouveau que le principe actif, au point de vue thérapeutique, de la glande thyroïde, c'est la matière colloïde.

Cette matière colloïde, qu'il faut séparer de l'albumine et des extraits azotés, contient du phosphore et une quantité considérable d'iode. Soumise dans l'estomac à la digestion, elle dégage des albuminoses et des peptones qui renferment une quantité légère d'iode, tandis que la plus grande partie de l'iode et le phosphore sont précipités.

Après avoir décrit les procédés de l'extraction des différents composés, l'auteur se demande quelle est l'action thérapeutique de la glande. Il en donne la définition suivante : " l'action spécifique de la glande thyroïde consiste à stimuler les échanges nutritifs généraux de l'organisme, à augmenter les oxidations du corps humain. Cette action se manifeste cliniquement par une diminution progressive du poids, une élévation de la température et du pouls, une augmentation des déchets d'azote et d'acide carbonique." L'auteur a bien soin d'ajouter que certains phénomènes subjectifs, mal de tête, douleurs dans les membres, sont entièrement dûs à une sorte d'intoxication, au thyroïdisme, que l'on doit attribuer à des doses trop fortes. Il est bon aussi de se rappeler que la réaction des malades sous l'effet de la glande est tout à fait indivuelle, les uns demandent de faibles doses, les autres des doses fortes. Dans le myxœdème, cependant, l'action se fait généralement bien sentir.

L'auteur a prescrit les divers extraits de glande thyroïde à des personnes saines et à des myxœdémateux, avec des résultats divers qu'il rapporte dans son article.

L'extrait de glande thyroïde, sans matière colloïde, donné à dose équivalant par jour à 30 grammes (1 once) de glande fraîche (approximativement cinq glandes thyroïdes de mouton), n'a produit aucun symptôme appréciable · la température, le pouls ou le systeme nerveux. Les malades qui maigrisent avec des glandes fraîches ont gagné du poids avec l'extrait. Les cas de ;xœdème sont demeurés dans le *statu quo*. L'auteur en a conclu que le prin-e actif de la glande n'est pas dans les extraits qu'il en a retirés.

Par contre, la matière colloïde pure, extraite de la glande, et donnée à la se de 1½ grain, équivalant à quatre drachmes de glande fraîche, ou à deux)lettes ordinaires de thyroïde, a donné à l'auteur de très bons résultats. Voici, s résumée, l'observation de l'un de ses cas. Femme âgée de 55 ans, épuisée

par de nombreuses grossesses, malade depuis quinze ans. Etat, le 12 juin : bébétude, gonflement sous-cutané, plaques de calvitie, peau sèche et froide, parler lent caractéristique ; tous les organes sont sains ; poids, 129 livres, pouls 60, température au dessous de la normale. Traitement ; la malade prend d'abord $\frac{2}{3}$ grain de matière colloïde pure par jour, puis 2 fois par jour, puis 3 fois, puis 4 fois à partir du 1er juillet. Le 28 juillet, elle prend 1½ gr. par jour. Les symptômes s'amendent de jours en jours. Le 15 novembre la malade pèse 92½ livres, les cheveux repoussent, la peau est souple et moite, la température normale, le pouls à 80. La physionomie et le parler sont devenus normaux.

L'auteur voulant s'assurer quel était le principe actif de la matière colloïde en a extrait les albuminoses, qui se sont montrées actives, mais à doses beaucoup plus fortes. Ceci a confirmé les conclusions du Dr Hutchinson : c'est la matière colloïde pure de la glande thyroïde qui possède une action thérapeutique efficace, et c'est elle qu'il faut donner sous forme de poudre, aux myxœdémateux.

La valeur des recherches pathologiques en médecine.

AN ADDRESS ON THE VALUE OF PATHOLOGICAL RESEARCH, by Lord Lister.—*British Medical Journal*, feb. 6, 1897.

Le 20 janvier dernier, le Queen's College de Belfast a inauguré de nouveaux laboratoires de physiologie et de pathologie. Lord Lister, créé pair d'Angleterre au 1er de janvier par la Reine, avait été chargé de prononcer le discours d'ouverture. Il a profité de l'occasion pour signaler à son auditoire les services nombreux et importants que la bactériologie et l'examen microscopique des tissus peuvent rendre aux médecins dans la pratique courante. Il a en même temps fait ressortir le rôle utile des laboratoires dans les grands centres de population.

La pathologie a fait de nos jours des progrès immenses, a dit Lord Lister; en même temps, les méthodes d'examen et de recherches sont devenues de plus en plus compliquées. Faire des coupes, colorer, examiner au microscope ; voilà des questions de première importance. Mais il faut y mettre de l'habileté ; il faut aussi des appareils spéciaux. Il arrive donc plus d'une fois que le praticien est très heureux d'avoir à sa disposition un établissement central où il puisse envoyer les pièces de tissus morbides qu'il a recueillies, et en recevoir des renseignements sur la nature de la maladie qu'il doit traiter.

Le laboratoire de bactériologie, de son côté, facilite de beaucup les diagnostics. Lord Lister cite à ce propos l'examen des membranes dans un mal de gorge, examen qui nous dit de suite si nous avons affaire à une véritable diphtérie ou à une maladie bénigne, si nous devons agir énergiquement, ou compter simplement sur un traitement banal.

Lord Lister a aussi beaucoup insisté dans son discours sur la nécessité des laboratoires quand on veut donner une instruction pratique aux étudiants. C'est là qu'ils apprendront à connaître les diverses variétés de tumeurs pathologiques et les maladies de nature microbienne. Ils acquerront ainsi des connaissances pratiques et feront un travail utile, plus utile que celui qui consiste simplement à étudier pour passer les examens de plus en plus compliqués qu'on leur fait subir. De plus, et c'est un grand point, dit Lord Lister, ils se convaincront de la réalité de ces ennemis microscopiques avec lesquels il faut aujourd'hui tant compter, les microbes, causes d'un si grand nombre de maladies. Au lieu de simplement lire que les microbes existent, pour l'oublier ensuite dans leur pratique, ils les connaîtront intimement, constateront non seulement leur existence, mais aussi leurs œuvres, et acquerront en même temps la précision dans l'observation et la dextérité dans les manipulations, deux qualités importantes pour le médecin praticien.

Dans un autre passage de son discours, Lord Lister, parlant de l'utilité

d'un laboratoire fournissant du sérum, insiste sur la nécessité d'agir vite dans les cas qui nécessitent ce genre de traitement. Il se félicite de ce que les médecins de Belfast ne seront plus obligés de recourir à Londres, ce qui a pu parfois leur faire perdre un temps précieux.

Lord Lister a aussi parlé des belles expériences du Dr Yersin qui, après avoir découvert le microbe de la peste en 1894, a réussi ensuite à lui faire donner un sérum immunisateur qui a déjà guéri un certain nombre de cas, et que le gouvernement est en train de mettre sérieusement à l'épreuve à Bombay, sous la direction du Dr Yersin lui-même.

Lord Lister a fait aussi un éloge très ému et très délicat de Pasteur.

La formaline et ses applications

FORMALDEHYDE AND ITS APPLICATIONS, by A. D. BLACKADER. —*Montreal Medical Journal*, feb. 1897.

Le Dr Blackader, professeur de thérapeutique et de pharmacologie à l'Université McGill, publie dans le numéro de février du *Montreal Medical Journal* une revue d'ensemble sur le nouveau désinfectant, la formaldéhyde, que nous croyons utile d'analyser ici. Le formaldéhyde ou formaline, dit l'auteur, a été étudiée d'une manière suivie dans les laboratoires d'Europe, durant ces derniers douze mois ; son action chimique, son pouvoir remarquable de pénétrer les tissus vivants sans rien perdre de son efficacité, la possibilité de sa formation sous l'influence des rayons du soleil, ce qui lui fait jouer un rôle important dans la physiologie végétale, tout contribue à rendre ce médicament intéressant à l'homme de science.

La formaldéhyde $C\ H^2\ O$ est produite quand, au moyen d'une lampe construite à cet effet, on fait passer des vapeurs d'alcool méthylique sur un capuchon de platine incandescent. La formule suivante représente la réaction qui a lieu : $C\ H^4\ O + O = C\ H^2\ O + H^2\ O$. La formaldéhyde se dégage sous forme de gaz incolore dont l'odeur est extrêmement irritante. A une basse température, il se précipite sous forme de poudre blanche.

La *formaline* (ou formol) est une solution approximative de formaldéhyde dans l'eau dont la force est d'environ 40 pour cent.

La formaline a une action bactéricide presque égale à celle du sublimé corrosif, et beaucoup moins toxique. Une partie dans 20,000 suffit à ralentir la fermentation ammoniacale de l'urine, et une partie dans 4,000 l'arrête complètement. Le Dr Wyatt Johnson, (1) en donne l'appréciation suivante : "Après avoir employé pendant un an la formaline, je puis sans hésitation déclarer que cette substance a une action germicide prompte et sûre, lorsqu'elle est titrée de ½ à 1 pour cent et plus. Son pouvoir destructeur sur les spores est relativement considérable ; et, ce qui est un grand avantage, il n'est amoindri en aucune façon par le contact avec les matières albuminoïdes. On peut à peine en dire autant des autres désinfectants chimiques. Les solutions fortes de formaline (2 à 4 p. c.) pénètrent les tissus et désinfectent des masses de chair, comme ne peuvent le faire même les acides minéraux les plus concentrés. Son action est excessivement rapide et permanente; outre qu'elle est un puissant germicide, c'est un excellent déodorisant. Elle n'altère pas, ou du moins très peu, les tissus, s instruments, etc., même après un contact prolongé; les vapeurs qu'elle igage ne blanchissent ni ne tachent les vêtements.

" Sous forme de vapeur, la formaline a également des propriétés germicides marquables. Elle détruit, après un contact de 2 à 4 heures seulement, les ores de l'anthrax, de même que les germes contenus dans la poussière, tandis

(1) Deuxième rapport annuel du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec. Montréal, 97.

qu'avec une solution de 3 p. c. d'acide carbolique, la destruction des spores de l'anthrax n'a lieu qu'après 24 heures. On peut facilement contrôler et arrêter les effets de la formaline avec de l'ammoniaque, qui, à son contact, se transforme en formate d'ammoniaque, composé inoffensif."

La formaline, comme désinfectant, occupe une position de premier ordre. La possibilité de l'employer en vapeur donne à son action beaucoup plus d'efficacité. Elle permet de désinfecter convenablement de grandes chambres, à cause de sa pénétration, pourvu que le gaz y soit bien sec et non chargé de vapeur d'eau (Kinyoun). La vapeur de formaline, dans la proportion de 2½ p. c., détruit en un quart d'heure toute trace de vie organique. Quand on la laisse s'évaporer au contact de la laine, de la gaze, etc., elle se condense sur les tissus sous forme solide (para-formaline) et les désinfecte ; évaporée de nouveau, la para-formaline se dissout en vapeur de formaline et conserve son action antiseptique (Alexander). Les objets peints ou vernis, qu'on ne peut ni chauffer, ni laver avec des solutions, sont parfaitement désinfectés sans altération par la formaline (Wyatt Johnson). Quand on ajoute à la solution de formaline du chlorure de chaux, le gaz se dégage plus rapidement à l'état plus sec, et son action est augmentée (Roux, Trillat, Kinyoun). Dans un espace clos, la formaline désinfecte complètement les livres quand on l'emploie dans la proportion de 1 c.c. pour 300 c.c. d'air (Horton). La formaldéhyde, comme désinfectant, est certainement de beaucoup supérieure à l'acide sulfureux.

De Buck et Vanderlinden ont employé avec succès la formaline en solution à ½ p. c. pour laver les mains et les instruments, nettoyer le champ opératoire et rendre antiseptiques les plaies, cavités et sinus infectés.

Dans le domaine thérapeutique, Alexander a employé avec grand succès la formaline pure en application sur le *chancroïde* et le *chancre :* une seule application a amené une guérison rapide. Dans dix cas de *blennorrhagie*, il s'est servi d'une solution à ½ p. c., en injection trois fois par jour, avec des résultats satisfaisants. Le traitement ne cause pas la douleur et l'irritation que provoquent les solutions de sublimé ou autres.

De Smet affirme avoir obtenu de bons résultats par l'emploi de la formaldéhyde dans la *blennorrhagie chez la femme.* Il en a guéri 60 cas, dont quelques-uns très tenaces. On lave la vulve avec une solution à 1 pour 1000, et l'on donne des douches vaginales, à l'aide d'un spéculum, avec des solutions, variant de 2 pour 1000 à 5 pour 1000. Lorsque la cavité utérine et le canal cervical sont atteints, on injecte une certaine quantité des mêmes solutions. Quand il y a lacération du col, on laisse pendant deux à trois heures dans le vagin des tampons trempés dans une solution à 1 pour 1000 de formaldéhyde. Dans les cas d'endométrite fongeuse, il faut d'abord employer la curette. Ces applications ne produisent aucune douleur : on peut les renouveler tous les jours, ou tous les deux jours.

Dans les cas de *tuberculose du larynx*, après avoir anesthésié l'organe à la cocaïne, Salis-Cohen applique une solution de formaline à 1 ou 10 pour 100. Il est porté à croire ce traitement plus efficace qu'aucun autre.

Symptômes peu fréquents de l'empoisonnement chronique par le plomb.

A CLINICAL LECTURE ON A CASE OF CHRONIC LEAD POISONING, by James Stewart.—*Montreal Medical Journal*, feb. 1897.

Le Dr James Stewart, chargé du service de médecine de l'hôpital Victoria, a présenté le 27 janvier dernier, dans une de ses cliniques, un cas fort intéressant d'empoisonnement chronique par le plomb. Il s'agit d'une fille de 27 ans, employée dans une filature de soie, et malade depuis quatre ans et demi. Le liséré bleu des gencives, et le fait d'être exposée depuis longtemps à l'intoxication par le plomb ne laissent guère de doute sur la nature de la maladie, qui s'accompagne à part cela de manifestations peu habituelles ; crises gastriques, arthrites

multiples, atrophie musculaire et ataxie. La malade n'a pas souffert de coliques intestinales ; les extenseurs du poignet, quoique rendus faibles par l'atrophie, ne sont pas paralysés.

Les mains de la malade ont absolument l'apparence de celles qu'on rencontre dans l'atrophie musculaire progressive (type Aran-Duchenne). Cependant, cette atrophie n'est pas progressive, puisqu'elle n'a fait aucun progrès depuis longtemps ; si elle l'eut été, la malade serait morte aujourd'hui. C'est un fait bien connu que le plomb cause l'atrophie des muscles, dit le Dr Stewart, mais il est rare de rencontrer des cas d'atrophie pure sans paralysie. L'impotence des mains, dans ce cas-ci, n'est pas due à la paralysie, mais à la perte de fibres musculaires. C'est l'opinion commune que le plomb provoque la paralysie principalement, sinon entièrement, par névrite périphérique. C'est certainement la meilleure explication à donner de la chute du poignet. Depuis quelque temps on commence à s'apercevoir que le plomb a souvent plus d'envergure dans ses manifestations sur le système nerveux. Sans tenir compte des symptômes cérébraux saturnins assez fréquents, nous rencontrons aussi des preuves évidentes de son action sur la moëlle épinière. Le cas actuel semble en être un exemple. L'atrophie musculaire est probablement due à une dégénérescence progressive des cellules ganglionnaires des cornes antérieures, le plomb choisissant les fibres qui suppléent les fonctions des nerfs moteurs. Il y a aussi atrophie du groupe tibial antérieur des muscles, ce qui est une manifestation très rare dans l'empoisonnement par le plomb, quoiqu'on la rencontre souvent dans l'intoxication par l'arsenic et l'alcool.

Un autre symptôme peu habituel de l'intoxication saturnine, c'est l'ataxie. Dans le cas du Dr Stewart, l'ataxie des mouvements siège surtout dans les muscles du tronc et de la cuisse. Ceci pourrait peut-être s'expliquer par l'envahissement des fibres afférentes venant des muscles qui parcourent les piliers postéro-internes de la moëlle épinière. La dégénérescence doit être localisée dans la moëlle elle-même, et non dans les fibres afférentes périphériques ; autrement il y aurait absence du réflexe du genou.

Pourquoi, dit le Dr Stewart, le plomb va-t-il atteindre, dans la grande majorité des cas, l'extrémité périphérique des nerfs musculo-spinaux ? Pourquoi y a-t-il des exceptions à cette règle ? Nous n'en savons rien. Mais les exceptions sont assez fréquentes pour offrir un grand intérêt. A part celles dont nous venons de constater l'existence, le plomb peut quelquefois causer des paralysies du muscle oculaire, du muscle laryngé : il doit exister une cause déterminant ces exceptions à la règle générale. Ce doit être un facteur quelconque qui diminue la résistance aux combinaisons chimiques pouvant s'établir entre les principes constituants du poison et ceux du nerf.

Le cas du Dr Stewart présente d'autres exemples des effets du plomb. Il offre une histoire bien précise de douleurs et d'enflure dans diverses jointures. Il est difficile de dire si ces attaques répétées d'arthrite étaient simples ou uratiques. Il n'y a aucune autre évidence de symptômes de goutte ; plusieurs jointures des phalanges sont hypertrophiées, mais la chose est aussi fréquente dans l'arthrite simple que dans l'arthrite goutteuse. La relation entre la goutte et l'intoxication saturnine est frappante chez les malades qui ont une tendance héréditaire à la première de ces maladies, surtout s'ils font usage d'alcool sous forme de bière. Chez les buveurs de bière souffrant d'intoxication saturnine, l'arthrite et les autres symptômes de la goutte sont communs. Le plomb a évidemment chez eux une influence marquée sur l'apparition de l'uricémie.

A propos du traitement, le Dr Stewart ajoute : " Le plomb, comme tous les métaux pesants, peut demeurer plusieurs années fixé dans les tissus, et dans tous les cas où les symptômes de l'intoxication ne sont pas complètement disparus il est bon de prescrire l'iodure et, de temps à autre, des purgatifs, afin d'assurer l'élimination de toute parcelle de métal qui pourrait être rejetée dans le canal intestinal."

Les rayons X dans la goutte et le rhumatisme chronique.

PHOTOGRAPHIES DE LA MAIN CHEZ LES GOUTTEUX, communication du Dr POTAIN à l'Académie de Médecine.—*Mouv. Thér. et Med.*, fév. 1897

M. Potain a soumis à l'Académie, en son nom et au nom de M. Zerbanesco, une série de radiographies de la main chez les goutteux.

Les images obtenues montrent que les rayons de Rœntgen peuvent servir à établir, d'une façon précise, le diagnostic différentiel entre la goutte et le rhumatisme chronique.

Chez les goutteux, en effet, les extrémités des os, au niveau des articulations, accusent invariablement, sur les figures radiographiques. des taches blanchâtres plus transparentes que le reste, lesquelles répondent indubitablement à une altération de la constitution de l'os. On peut croire que cette modification est déterminée par la substitution d'urates au phosphate de chaux. Une expérience des plus simples semble le prouver. Si dans deux boîtes en carton juxtaposées, on introduit dans la première de l'urate de soude, dans la seconde du phosphate de chaux et qu'on prenne ensuite la radiographie du tout, on constate que l'urate est huit fois et demi plus transparent que le phosphate de chaux. C'est à peu près cette relation qui existe entre les taches blanches des goutteux et les parties sombres qui les entourent.

La même méthode a permis à M. Potain de ranger définitivement parmi les affections goutteuses la maladie d'Eberden, dont la nature, on le sait, était controversée ; les taches blanches caractéristiques ne laissent aucun doute à cet égard.

CHIRURGIE

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE, NOVEMBRE 1896.

(*suite et fin.*)

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES CONTUSIONS ET PLAIES DE L'ABDOMEN, par le Dr DEMONS, de Bordeaux, *Rev. de chir.*

La question des contusions de l'abdomen reste difficile et donne lieu à de fâcheuses hésitations. M. Demons a examiné soigneusement, depuis quelque temps, un certain nombre de faits, et, les comparant à ceux déjà connus, il est arrivé à des conclusions positives.

Il faut éliminer du problème les lésions du cœur et de la vessie, qui se traduisent ordinairement par des symptômes facilement appréciables et dont la thérapeutique est d'une détermination relativement aisée.

La question principale à résoudre, en présence d'une contusion de l'abdomen, est celle-ci : y a-t-il lésion d'un organe splanchnique ? Les commémoratifs paraissent très utiles. Plus une contusion a été violente, plus il y a de chances des lésions viscérales, mais une contusion, en apparence modérée doit être considérée comme violente si elle a été produite par un corps de dimensions restreintes, sur une surface relativement étroite : chute sur le bord d'un bateau, coup de bâton, etc.

Deux faits sont également importants : 1° La séméiologie des lésions viscé-

rales est souvent atténuée et presque fruste. 2° Après l'apparition de phénomènes inquiétants, et malgré une lésion grave, il peut survenir une accalmie trompeuse d'une durée plus ou moins longue.

Au point de vue des indications thérapeutiques, M. Demons propose la classification suivante : I, contusion légère, II, contusion douteuse (légère ou violente) ; III, contusion violente. Celle-ci peut être : *a*, sans shock ; *b*, avec shock modéré persistant ou suivi d'accalmie ou avec péritonite consécutive ; *c*, avec shock considérable persistant ou suivi d'accalmie ou avec péronite consécutive.

La contusion légère ne demande qu'un traitement simple.

La contusion douteuse doit être traitée comme une contusion violente.

La contusion violente sans shock exige la laparatomie précoce. Si on ne trouve aucune lésion, cette laparatomie est simplement exploratrice, par conséquent simple et innocente.

La contusion violente, avec shock modéré persistant implique des lésions sérieuses et commande plus encore la laparatomie précoce. Si le shock modéré est suivi d'accalmie, il faut considérer cette accalmie comme trompeuse, ne pas la regarder comme une marche favorable et naturelle vers la guérison.

La contusion violente avec shock considérable persistant indique des lésions très graves, souvent multiples. Bien que la laparatomie constitue la seule ressource, il est prudent de la différer, si le blessé est menacé de mort prochaine, si le pouls est absent et imperceptible, car le blessé ne pourrait supporter l'opération. S'il survient une accalmie au bout de cinq, dix, quinze heures, il faut vite en profiter pour agir.

La péritonite consécutive est justiciable de la laparatomie, mais cette opération est faite alors dans des conditions très fâcheuses.

DU STERCOROME INFANTILE, par le Dr Demons, de Bordeaux, *Rev. de chir.*—M. Demons propose le nom de *coprome* ou de *stercorome* à l'accumulation de matières fécales, constituant des tumeurs d'un diagnostic souvent difficile et affectant, en particulier chez les enfants, un aspect spécial. Il a observé un garçon de huit ans habituellement constipé, chez lequel les purgatifs n'avaient aucune action et qui présentait une volumineuse tumeur abdominale depuis près de dix-huit mois. Un médecin appelé, croyant à un néoplasme, avait porté un diagnostic très grave. Quand M. Demons le vit, l'abdomen était distendu ; la tumeur extrêmement volumineuse, remplissait tout le ventre, était dure et bosselée, mais surtout conservait l'empreinte des doigts qui cherchaient à en apprécier la consistance. Le toucher rectal conduisait sur une masse de matières fécales agglomérées, qu'on eut beaucoup de peine à fragmenter, mais dont on put immédiatement extraire environ 800 grammes. Dix jours plus tard, après cinq séances, dans lesquelles on continua l'évacuation avec les doigts, avec injections tièdes., il n'y avait plus trace de tumeur dans l'abdomen

Ces faits ne sont pas rares et M. Demons cite un cas de M. Philippe (de Bordeaux), dans lequel on avait porté le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

TRAITEMENT DES HÉMORROÏDES PAR LE PROCÉDÉ DE WHITEHEAD, par le Dr Delorme, de Paris.—*Rev. de chir.*

M. Delorme considère la méthode de Whitehead comme la méthode de choix dans les cas d'hémorroïdes externes ou extéro-internes formant un bourrelet circulaire et non enflammé. Sur dix-huit opérés le résultat immédiat et le résultat définitif ont toujours été satisfaisants : réunion par première intention, affrontement presque toujours exact de la muqueuse et de la peau, cicatrice linéaire le plus souvent circulaire, simple, dilatable, sphincter actif. On n'a noté ni rétention, ni incontinence durable. L'incontinence des matières qui suit immédiatement l'opération est toute temporaire, et la gêne légère de la défecation qu'entraînent quelques cicatrices disparaît également. La cure est radicale.

L'hémorrhagie immédiate est peu abondante, mais parfois gênante ; l'hémorrhagie consécutive n'est pas à craindre.

Quatre conditions sont surtout indispensables pour assurer le succès :

1° Dépasser les limites de la muqueuse malade ;
2° Utiliser une bonne suture ;
3° Conserver avec soin les sphincters, surtout l'externe ;
4° Obtenir l'inertie absolue des muscles péri-rectaux jusqu'à réunion solide.

M. Delorme constipe ses malades dix à douze jours.

HYDRONÉPHROSE PAR RÉTRÉCISSEMENT DE L'URETÈRE. GUÉRISON, par le Dr LEGUEU, de Paris.—*Rev. de chir.*

M. Legueu a pu suivre pendant cinq années une malade atteinte d'hydronéphrose et de mobilité rénale. La malade ne souffrait pas ; le rein était réduit plutôt mal que bien sous un bandage ; mais la malade refusait toute opération. L'année dernière, cependant, les crises douloureuses se produisirent, en même temps que le rein présentait une augmentation de volume manifeste. M. Legueu pensait pouvoir tenter encore la néphrorraphie, et il opéra cette malade en septembre 1895 par la voie lombaire.

Le rein était absolument détruit, son parenchyme réduit à l'épaisseur d'une feuille de papier. Il était impossible de le conserver : on l'enleva, la guérison se fit rapidement, et dix-huit jours après la malade retournait dans son pays. Depuis lors la santé est restée excellente.

A l'extrémité supérieure de l'uretère, à son union avec le bassinet, il y avait un rétrécissement extrêmement prononcé qu'un stylet ordinaire pouvait à peine franchir ; ce rétrécissement formé par un tissu de sclérose était unique et cessait brusquement du côté du bassinet ; du côté de l'uretère, il se prolongeait en pente douce et on voyait au microscope paraître à quelques millimètres au-dessous des fibres musculaires, qui plus haut étaient complètement effacées.

Il y avait vingt ans que chez cette malade on avait constaté l'existence d'un rein mobile. M. Legueu pense qu'une inflammation légère a déterminé la formation de ce rétrécissement, là où la mobilité rénale avait produit une coudure ou une valvule. A une lésion mobile et temporaire se substitua ainsi une lésion définitive.

Cette observation permet de saisir sur le vif le mécanisme, jusqu'alors admis théoriquement, de la transformation d'une hydronéphrose primitivement ouverte en hydronéphrose fermée. Elle vient plaider en faveur de la cause de l'intervention hâtive dans les reins mobiles qui sont le siège d'accidents de rétention.

SUR LA NÉPHROPEXIE, par le Dr JONNESCO, de Bucarest.—*Revue de Chirurgie.*

M. Jonnesco a pratiqué huit néphropexies, dont deux par le procédé de Guyon. Dans ces deux cas les fils ont suppuré et les résultats ont été mauvais. D'autre part, sur des chiens, M. Jonnesco a pu s'assurer que les fils à demeure créent dans l'épaisseur du rein des zones de sclérose profonde. Aussi, dans les six autres cas, a-t-il employé un procédé différent

Après incision parallèle à la masse sacro lombaire et remontant jusqu'à la onzième côte, il réséque la capsule adipeuse du rein, passe des fils de soie à travers la masse rénale et fait traverser le périoste de la douzième côte et, s'il y a lieu, de la onzième côte, de manière à ce que le rein soit fixé sur toute sa hauteur. Ces fils de soie sont amenés à l'extérieur à travers la peau. Il ne reste plus qu'à faire des sutures superficielles. Le cinquième jour on enlève les fils superficiels et les fils profonds, et on ne laisse par conséquent aucun corps étranger dans la zone opératoire. Dans tous les cas le rein est resté parfaitement fixé.

TRAITEMENT DE LA CYSTITE TUBERCULEUSE, par le Dr ROUTIER, de Paris.—*Rev. de chir.*

Après avoir essayé les divers moyens préconisés contre la cystite tuberculeuse, M. Routier en est arrivé à diviser cette affection en deux périodes au point de vue du traitement.

Dans une première période, qu'il prolonge le plus longtemps possible, il s'abstient de toute intervention locale, proscrit aussi bien les instillations que les lavages et se contente d'instituer un traitement général, régime lacté partiel, huile de foie de morue créosotée, frictions révulsives sur les reins et l'abdomen, bains salés.

Quand les mictions sont trop fréquentes ou sanglantes, quand les malades sont, par les douleurs et les envies d'uriner, privés de sommeil, M. Routier pratique une cystotomie sus-pubienne : tout au plus, s'il y a trop d'ulcérations viscérales, il les touche au thermocautère.

Quand le méat hypogastrique fonctionne bien, qu'il n'y a plus de douleurs, il fait par ce méat d'abord, puis par voie urétrale, des lavages boriqués; on arrive ainsi peu à peu à reconstituer une capacité vésicale raisonnable. Quand ce résultat est bien acquis, après trois, quatre, six mois, il referme le méat hypogastrique.

Cette méthode est longue, mais n'entraîne aucune gravité ; les résultats en sont très encourageants.

INFECTIONS PÉRI-URÉTRALES, LEUR TRAITEMENT, par le Dr VIGNERON, de Marseille.—*Rev. de chir.*

On connaît de longue date la folliculite, qui constitue une complication fréquente des urétrites; mais on n'a pas suffisamment distingué les modalités qu'elle peut présenter alors qu'elle se manifeste à la période chronique ou aiguë des infections urétrales.

Dans le premier cas l'infection du diverticule glandulaire est atténuée comme celle de l'urètre; tout se réduit à la folliculite et à la péri-folliculite. Aussi peu de chose comme symptômes, ou tout au moins rien de bien facile à reconnaître : la persistance de l'écoulement en l'absence de complications centrales, en dépit d'un traitement bien dirigé, doit y faire songer. L'urétroscope peut, dans quelques cas, rendre le diagnostic plus précis en montrant l'issue de la sécrétion par l'orifice dilaté de la glande, ou bien de la pression de l'urètre en un point précis peut ramener au méat, sitôt après la miction, une goutte purulente. La douleur locale n'est que d'un secours très obscur. Avec la péri-folliculite on peut cependant arriver à sentir une petite tuméfaction.

Cette forme atténuée et chronique est fréquente : un traitement local persévérant doit arriver à en avoir raison, sans intervention.

Il peut en être autrement de la folliculite des urétrites aiguës. L'infection plus virulente peut dépasser les limites de la glande, détruisant ses parois, envahissant les tissus péri-urétraux, créant un véritable abcès para-urétral.

Cette complication est relativement rare. Nous en relatons six cas (nous ne parlerons pas des abcès urineux), tous dans la région du gland. Leur marche est aiguë ; c'est celle de tout abcès avec douleur lancinante, formation d'une tuméfaction qui tend à s'ouvrir, tendant à se vider par la pression en donnant issue à du pus par le méat. Abandonné, l'abcès devient fistule, qui persiste ou ferme en partie, et peut alors donner naissance à de nouvelles collections qui, venues fistuleuses à leur tour, et à la fin sclérosées, rendent le méat absolument cicatriciel (3 cas chez de vieux rétrécis). Avant d'aboutir à cette cicatrisation, la fistule reste longtemps perméable et infectée, ulcérant les téguments, entretenant ou amenant à nouveau l'infection de l'urètre et de la vessie, déterminant des rétrécissements, parfois des abcès urineux: puis l'infection urinaire, les compter les abcès à répétition (2 cas sur 6).

Dans des conditions telles, l'intervention est justifiée et elle doit être précoce,

ne serait-ce qu'en raison de la douleur. Elle est d'autant plus indiquée que l'opération est des plus bénignes et a donné d'excellents résultats, quatre des malades s'étant trouvés complètement cicatrisés en quelques jours, les deux autres n'ayant conservé qu'une petite dépression très superficielle.

L'opération est simple ; après désinfection du canal et cocaïnisation du foyer elle consiste :

1° A inciser l'abcès ou toute la longueur du trajet.

2° A curetter la poche dans les cas aigus, à réséquer complètement les parois du trajet, s'il y a fistule ancienne. Ce temps est délicat en raison de l'exiguïté du foyer. Il nécessite des instruments aussi minuscules que possible. Un point minutieux encore est d'aller jusqu'à l'urètre sans en réséquer la paroi.

3° A réunir la plaie dans sa totalité, en ayant soin de prendre les tissus jusqu'à l'urètre exclusivement, pour en fermer l'orifice avec les tissus péri-urétraux. Serrer suffisamment pour éviter l'hémorrhagie, pas trop cependant, pour éviter que les fils ne coupent, ce qui arrive souvent. La soie à ce sujet semble préférable aux crins : la suture doit être à un étage. Même dans les cas acquis nous pensons qu'on doit tenter d'obtenir une réunion primitive. Les soins ultérieurs sont très importants : continuer à bien laver l'urètre pour le désinfecter, trouver un pansement qui tienne, ce qui n'est pas toujours facile ; au besoin le changer souvent dès que le pus uréthral l'a souillé. Enlever tôt les sutures.

RÉSECTION DES CANAUX DÉFÉRENTS ET CASTRATION DANS L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE, par le Dr Loumeau, de Bordeaux.—*Rev. de chir.*

M. Loumeau communique les résultats de son observation personnelle relativement au traitement de l'hypertrophie prostatique par la double vasectomie et l'orchidectomie totale chez six malades atteints de rétention chronique complète remontant à plusieurs années.

Chez les malades opérés par la résection double et simultanée des canaux déférents, l'intervention n'a eu aucune influence appréciable sur les testicules, la prostate ni les fonctions de la vessie. Tous ont dû continuer à se sonder, et chez tous la rétention dernière a persisté complète. Deux d'entre eux, précédemment affectés de fréquentes orchites par cathétérisme, ont vu, depuis l'opération, leurs testicules demeurer indifférents à l'usage de la sonde.

Chez d'autres prostatiques jeunes, habitant la campagne, le cathérisme était devenu difficile et incompatible avec les exigences du travail des champs. La double castration, acceptée sans hésitation, amena dans les deux cas un résultat excellent, quoique inégal, chez ces deux malades.

Le premier présentait, en même temps que sa rétention, un petit calcul vésical, et l'introduction du lithotriteur, impossible avant la castration, fut facile douze jours après. Il a vu sa rétention complète cesser au bout de seize jours, mais pour faire place à une légère rétention incomplète. Cela lui permet d'uriner aisément sans sonde et de n'employer celle-ci que deux fois par jour, pour assurer la totale évacuation du résidu vésical, qui est de 30 centimètres cubes cinq mois après la castration. La prostate a été, chez cet opéré, sensiblement améliorée dans son volume et sa consistance.

Le second malade a vu, au bout de trente-six heures, sa rétention disparaître entièrement, et depuis, il y a quatre mois et demi, la vessie se vide complètement sans sondage. Ici la prostate a été peu influencée par la castration.

Dans l'un et l'autre cas, la prothèse testiculaire a été appliquée, de façon à laisser croire aux malades qu'une opération moins radicale que la castration a pu suffire à les guérir. Le bénéfice retiré de l'orchidectomie par la fonction vésicale est, de ce fait, augmenté chez eux de la consolante illusion de croire à la persistance de leur virilité.

OPÉRATIONS PALLIATIVES CONTRE LE CANCER DE LA PROSTATE, par le Dr DESNOS, de Paris.—*Rev. de chir.*

Lorsque les phénomènes de dysurie sont intenses, les douleurs violentes et les hématuries abondantes, on pratique depuis longtemps déjà une cystostomie chez les malades atteints de cancer de la prostate. En pareil cas, cette opération est excellente ; non seulement les accidents qu'on combat s'atténuent, mais M. Desnos a toujours constaté un relèvement de l'état général et une survie très notable.

Contre les douleurs irradiées qui occupent le périnée et la racine des membres supérieurs, douleurs qui sont dues à la compression des tissus nerveux par le néoplasme, on peut également agir. Chez deux malades, après avoir pratiqué au périnée une incision prérectale, M. Desnos est arrivé sur la prostate. Dans un cas les adhérences avec les parties voisines étaient relativement lâches, et, après décollement, il a obtenu par des tractions légères un désenclavement de la glande qui lui a permis de réséquer à droite et à gauche une portion assez considérable du néoplasme. Chez le deuxième malade tout le périnée était envahi et la prostate méconnaissable. Mais, au moyen d'excisions et de curettages, il pratiqua l'ablation d'une notable partie du néoplasme en creusant un sillon entre les limites de la prostate, le rectum et la vessie. Cette décompression des organes pelviens a produit une cessation presque immédiate de douleurs irradiées, et le soulagement a persisté jusqu'à la mort des malades, survenue quelques mois après.

DES COLLECTIONS SÉREUSES PELVIENNES, par le Dr VAUTRIN, de Nancy.—*Rev. de chir.*

Peu étudiées par S. Pozzi, dans son Traité de gynécologie, les collections séreuses pelviennes ont fait l'objet de mémoires de Laroyenne, de Condamin, de Bonnet. Leur histoire est intéressante à tracer ; c'est ce qui a décidé M. Vautrin à l'entreprendre, se basant sur douze observations qu'il a rencontrées dans ces dernières années.

Il distingue deux catégories de collections séreuses. La première comprend des collections séreuses développées au voisinage d'un utérus ou d'annexes malades. Elles occupent une cavité d'étendue variable, comprise au milieu d'exsudats inflammatoires. Leur marche est silencieuse et chronique. Elles ne se font remarquer par aucun symptôme saillant ou spécial.

La deuxième catégorie de collections séreuses que l'on peut désigner du nom de *pelvipéritonites* séreuses, se rencontre plus rarement et se présente sous forme d'épanchements soudains, d'allure aiguë, avec un cortège de symptômes graves qui attirent l'attention. Ces collections peuvent atteindre un volume considérable en peu de temps, ainsi que je l'ai observé dans deux faits récents.

Les épanchements séreux de la première catégorie se produisent au milieu d'exsudats de périmétro-salpingite, à la faveur de poussées congestives ou inflammatoires successives. L'irritation propagée à la séreuse adjacente aux organes malades, provoque la sécrétion d'une certaine quantité de liquide ressemblant à l'ascite, puis se collecte en une cavité de dimensions généralement restreintes. L'épanchement séreux environne presque toujours la lésion causale, l'enveloppe souvent et occupe, comme celle-ci, une situation variable dans le pelvis. Toutefois, son siège le plus commun est le cul-de-sac vaginal de Douglas, un peu au-dessus du cul-de-sac vaginal postérieur.

Les collections séreuses de la deuxième catégorie succèdent à un état inflammatoire aigu, et principalement à une génitalite gonococcienne. Elles surviennent rapidement au milieu de symptômes de péritonite localisée au bassin ; ballonnement du ventre, frissons, vomissements, pouls petit et fréquent, etc. La sérosité épanchée remplit le bassin et refoule parfois l'intestin jusqu'aux environs de l'ombilic. J'ai évacué deux pelvipéritonites séreuses de ce genre, dont

l'une contenait deux litres et demi et l'autre trois litres d'un liquide limpide et peu coloré. Si l'on retarde l'évacuation de ces énormes collections, elles passent rapidement à la purulence, ainsi que le démontrent les observations de Reclus au Congrès de chirurgie de 1891. On rencontre également ces pelvipéritonites pendant la puerpéralité.

Le *traitement* des collections séreuses pelviennes paraît se rattacher à celui des lésions pelviennes qui leur donnent naissance. Pour les lésions élevées et unilatérales, enveloppées d'épanchements séreux on pourra préférer la *laparotomie*. Pour les affections bilatérales anciennes, l'*hystérectomie* s'imposera. Cependant, après de nombreux succès, M. Vautrin conseille l'*incision vaginale postérieure*, qui permet d'évacuer les collections séreuses, d'extirper ou d'ouvrir les lésions annexielles et de drainer par le point le plus déclive. Si l'épanchement séreux est haut situé, l'*élytrotomie antérieure* seule ou combinée à l'élytrotomie postérieure permet de l'atteindre. M. Vautrin a réussi, dans deux cas, à guérir des collections séreuses et à extirper des annexes par la voie vaginale antérieure

Contre les pelvipéritonites séreuses, il faut intervenir rapidement par l'incision vaginale, qu'il faut préférer au drainage abdomino-vaginal, aussi longtemps que l'épanchement n'est pas suppuré.

DU TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA CLAVICULE, par le Dr FÉVRIER, de Nancy.—*Rev. de chir.*

Tous les moyens de traitement des fractures de la clavicule peuvent donner de bons résultats fonctionnels lorsqu'il s'agit de fractures à déplacement nul ou peu prononcé et dans tous les cas réductibles.

Mais lorsqu'il s'agit de fracture à grand déplacement, dont la réduction est impossible, il n'y a qu'un moyen, c'est la suture osseuse, car la difformité consécutive aura non seulement des inconvénients au point de vue de la forme, mais encore au point de vue de l'innervation et de la circulation du membre.

M. Février a rapporté trois observations nouvelles, dont une appartenant à M. Guillemin. Ces fractures, siégeant sur le corps de la clavicule, étaient accompagnées d'une dépression énorme du fragment externe chevauchant sur l'interne, avec troubles nerveux immédiats dans les deux dernières observations.

Dans le premier fait, à l'enlèvement de l'appareil, on trouve une paralysie du deltoïde et une parésie de tous les muscles innervés par le musculo-cutané, le radial et le médian. Anesthésie dans tous les points cutanés correspondants. L'opération, pratiquée tardivement, fut laborieuse. Elle amena une amélioration immédiate du côté de la sensibilité, fit disparaître les troubles moteurs sauf du côté du deltoïde.

Dans la seconde observation les troubles de la sensibilité et la motilité furent immédiatement et définitivement supprimés par l'opération.

Dans la troisième observation où il existait surtout une paralysie du cubital avec des troubles de sensibilité et où l'intervention fut pratiquée tardivement, le résultat n'a pas été complet: les muscles innervés par le cubital sont restés plus faibles.

M. Février a réuni treize faits analogues, et après avoir signalé le pronostic réservé que comporte cette variété de fracture à grand déplacement irréductible, il conclut à l'opération immédiate. L'opération tardive doit être rejetée. Elle est beaucoup plus difficile dans son exécution, plus infidèle dans les résultats, car la névrite a le temps de s'établir. Faites par des mains aseptiques, la suture de la clavicule est toujours inoffensive; 44 cas, tous suivis de guérison, en sont la preuve Un seul inconvénient est d'anesthésier partiellement la peau de la région pectorale par section des filets sous-claviculaires du plexus cervical superficiel.

LA COXALGIE DOIT GUÉRIR SANS BOITERIE, par le Dr CALOT, de Berck-sur-Mer.—*Rev. de chir.*

Contrairement aux idées anciennes, la coxalgie n'est à peu près jamais mortelle ; elle n'est vraiment sérieuse que si des infections secondaires viennent se surajouter à elle. D'autre part, il n'est pas exact de prétendre que la coxalgie qui guérit laisse toujours des traces indélébiles, une boiterie très disgracieuse. On peut arriver actuellement, dans l'immense majorité des cas, à sauvegarder la mobilité du membre. Ces assertions sont fondées sur un grand nombre de faits observés par M. Calot.

Pour arriver à ce résultat, il est nécessaire que le chirurgien suive ses malades dès la première période de la coxalgie et qu'il les surveille presque quotidiennement. Le chirurgien est responsable des mauvaises attitudes que peut prendre le membre, seules causes de la boiterie, car M. Calot met en fait qu'un coxalgique guéri avec un raccourcissement de deux centimètres, et même avec une raideur de la hanche, arrivera à marcher sans boiter d'une manière saisissable, si on lui a refait de bons muscles par le massage et si on lui a appris à marcher. Or, l'immense majorité des malades guérissent avec un raccourcissement insignifiant, une atrophie à peine marquée, et conservent quelques mouvements de l'articulation. M. Calot aurait même vu, dans deux cas, après des suppurations de la cavité articulaire, le retour intégral des mouvements de la jointure.

En somme, contre le grave facteur de la boiterie, l'attitude vicieuse et la subluxation iliaque, on peut tout, grâce à l'immobilisation mathématique qu'assure l'appareil plâtré bien fait, et l'emploi d'un tuteur sera continué tant que subsiste une tendance à l'attitude vicieuse. D'autre part, pour prévenir la faiblesse du membre et la raideur de la jointure, on fera des massages et une mobilisation prudente de l'articulation.—Ces principes s'appliquent aussi bien à la coxalgie suppurée qu'à celle qui ne l'est pas. Il faut surtout se garder de toute résection.

DU MÉCANISME DES FRACTURES DES MALLÉOLES, par M. le Dr SOULIGOUX, de Paris.—*Rev. de chir.*

Les fractures des malléoles de cause indirecte se produisent dans les mouvements du pied, soit en dehors, soit en dedans. Ces mouvements se combinent toujours avec un mouvement de rotation en dehors ou en dedans. Rotation en dedans pour l'adduction. Rotation en dehors pour l'abduction.

Tous les auteurs admettent que dans le mouvement forcé d'adduction avec rotation en dessous, la fracture se produit par arrachement. M. Tillaux a fait justice de la théorie de la divulsion émise par Maisonneuve.

M. Souligoux a voulu étudier comment une fois une malléole brisée se fracturait, la seconde malléole donnant ainsi lieu à la fracture bimalléolaire.

La théorie admise est celle-ci : la malléole interne étant brisée, l'astragale vient presser par toute sa face externe sur la malléole externe et la brise. Les faits se produisent en sens inverse si la malléole externe est brisée la première.

M. Souligoux croit qu'il en est tout autrement, comme le montrent les pièces qu'il présente. Soit par exemple un arrachement de la malléole interne, l'astragale suivant le mouvement du pied, s'incline légèrement en dedans et s'écarte du tibia par son bord interne et sa face supérieure. Son bord externe devient supérieur et répond à l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Si l'on ıge que le plus souvent un homme qui se casse les malléoles est debout, on ıit que dans cette situation, tout le poids du corps est supporté par le bord ıterne de l'astragale et l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Les ligaments ıronéo-tibiaux se brisent ou bien arrachent les surfaces osseuses sur lesquelles ı s'insèrent. Le résultat est le même, il se produit un diastasis de cette arti- lation. Le péroné, repoussé en dehors par l'astragale qui tend à se placer ıtre lui et le tibia, se brise au point où il est le moins fort et le moins soutenu, ıst-à-dire à 5 ou 6 centimètres de la pointe de la malléole. Si la malléole ex-

terne est brisée dans le mouvement d'adduction et rotation en dedans, l'astragale, suivant le mouvement du pied, s'incline en dehors. La surface articulaire supérieure, au lieu de regarder en haut, regarde en haut et en dehors. Le bord interne devient supérieur et répond à la base de la malléole. Tout le poids du corps porte donc sur le bord interne de l'astragale et un point très limité du tibia ; il en résulte un éclatement de cette malléole à sa base.

TRAITEMENT DES ENTORSES ET DES FRACTURES MALLÉOLAIRES PAR LE " MASSAGE ISCHEMIQUE," par le Dr LARGER, de Maison Laffite.—*Rev. de chir.*

M. Larger a donné le nom de *massage ischémique* à un ensemble de moyens qu'il résume dans la technique suivante :

1° Enveloppement ouaté du pied et du tiers inférieur de la jambe.

2° Application de l'appareil d'Esmarch jusque vers la racine du membre inférieur.

Aussitôt après, laissant en place la bande Nicaise, on déroule la bande de caoutchouc de la racine du membre vers l'extrémité jusqu'au niveau du gonflement déterminé par le traumatisme, où elle est solidement fixée.

Les choses demeurent ainsi, sans qu'on ait à y toucher, pendant vingt ou trente minutes, selon l'intensité du gonflement.

3° La bande de caoutchouc est alors entièrement retirée et remplacée par un bandage ouaté compressif, bien régulier, fait à l'aide de bandes de toile (bottine de Baudens). Ceci terminé, l'on défait la bande de Nicaise et le sang afflue dans le membre.

Au bout de cinq jours—un peu plus ou un peu moins selon le cas—la bottine de Baudens est enlevée à son tour. Le gonflement a généralement disparu en totalité. Des traces d'ecchymoses remontant parfois jusqu'au haut de la cuisse prouvent que le tissu cellulaire ischémié par l'appareil d'Esmarch, a bu et résorbé l'épanchement sanguin comme le ferait une éponge.

A partir de ce moment, la conduite varie suivant qu'il y a *entorse avec ou sans fracture simple du péroné*, ou suivant qu'on a constaté l'existence d'une *fracture unie ou bi-malléolaire avec déplacement du pied.*

Dans le premier cas, on se borne à faire porter au malade une chaussette en tissu élastique permettant tous les mouvements actifs du pied. Dès l'instant où la jambe malade peut supporter sans douleur le poids du corps, la marche est permise à l'aide d'une canne ou d'une béquille.

Dans le deuxième cas, s'il y a fracture ou déplacement, on applique l'attelle plâtrée en étrier d'Armand Després, en ayant recours à l'artifice suivant, afin d'assurer la fixité de la mortaise tibio-péronière.

Au moment de la prise du plâtre, on serre, à l'aide d'une presse à vis quelconque, l'attelle plâtrée contre les malléoles et l'on cesse cette constriction dès que le durcissement se produit.

Grâce à ce petit artifice, la coaptation devient parfaite et la guérison s'obtient sans cet élargissement de la mortaise tibio-péronière qui trouble le plus souvent la marche à la suite des fractures malléolaires, surtout quand l'appareil plâtré est appliqué trop tôt et avant la disparition du gonflement.

Le massage ischémique est bien moins douloureux que le massages des rebouteurs.—C'est ce qu'ont affirmé des malades qui avaient subi antérieurement le massage ordinaire. Sans doute, l'application de la bande élastique est sensible au niveau de l'articulation, mais la douleur est très supportable et généralement les malades ne se plaignent que de celle que détermine la bande de Nicaise.

Le massage ischémique se pratique en une seule et unique séance, tandis que le massage ordinaire renouvelle plusieurs fois la douleur du malade.

Sans doute ce dernier mode de massage reprend ses droits plus tard concurremment avec la faradisation, les douches, etc., lorsque les parties ne sont plus sensibles et quand il s'agit d'assouplir les tissus et les muscles.

Mais dans la période de début de l'entorse, c'est-à-dire dans celle de l'épanchement sanguin, le massage ischémique est plus rationnel et moins désagréable pour le patient et le chirurgien lui-même que ne le sont les procédés empiriques et brutaux des rebouteurs, procédés que les chirurgiens ont peut-être trop servilement copiés, après les avoir trop longtemps dédaignés.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

UNE OPÉRATION CÉSARIENNE A LA CAMPAGNE. GROSSESSE A TERME CHEZ UNE RACHITIQUE A BASSIN VICIÉ. INTERVENTION APRÈS TROIS JOURS DE TRAVAIL. ENFANT VIVANT. GUÉRISON.—Par M. le Dr Béchet (d'Avranches), ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris (1).

Dans la soirée du 4 janvier dernier, mon confrère, M. le docteur Isabel, me communiquait une lettre du médecin d'un canton voisin, M. le Dr Année, lui donnant rendez-vous pour le lendemain matin près d'une parturiente à bassin rétréci, chez laquelle l'accouchement ne pouvait se terminer spontanément. Le lendemain 5 janvier, vers 1 heure de l'après-midi, mes deux confrères me faisaient demander d'aller les rejoindre le plus vite possible avec le matériel et les objets de pansement nécessaires pour pratiquer une opération césarienne.

Le temps de stériliser instruments et pièces de pansement, de nous assurer le concours d'un quatrième confrère, M. le Dr Héon, et de franchir sur le verglas les 16 kilomètres de mauvais chemins qui séparent Avranches du domicile de la parturiente, il était plus de 4 heures quand nous arrivâmes près de la malade. Or, le 5 janvier, à cette heure, sous bois, dans une misérable chaumière enfumée, il fait déjà nuit.

MM. les Drs Année et Isabel, qui sont là déjà depuis quelques heures, ont pris soin d'aménager, dans la mesure du possible, l'unique pièce du logement et nous mettent au courant de la situation.

Marie B., veuve Mu., est âgée de 38 ans ; depuis plusieurs années déjà, elle a perdu ses parents et ignore à peu près tout ce qui a trait à sa première enfance ; elle se souvient seulement qu'elle avait au moins trois ans, quand elle a commencé à marcher et que sa taille a toujours été très inférieure à celle des enfants de même âge. La menstruation, établie à quinze ans et demi, a toujours été régulière, quoique un peu douloureuse et obligeait souvent Marie B, à garder le repos pendant une journée. Sa santé générale excellente, à part quelques migraines, lui permet, malgré la brièveté de ses jambes et de ses bras, de faire de longues courses et de se livrer aux travaux de couture et de ménage.

Mariée à 36 ans, sans tenir compte des conseils de tous ceux qui l'entouraient, Marie B., enceinte pour la première fois, a vu ses règles finir le 23 mars 1895. Aucun trouble au cours de la grossesse, malgré la violente émotion causée par la mort accidentelle de son mari, au mois d'octobre, alors qu'elle était enceinte de six mois. Elle se savait mal conformée ; ses voisines lui avaient maintes fois répété qu'elle ne pouvait mettre son enfant au monde ; malgré ces sages avis, avec une insouciance complète, elle attend le 25 décembre, presque l'époque présumée du terme de sa grossesse, pour se présenter chez M. le Dr Année et lui demander de l'assister ; mais ce dernier absent de son domicile, ne peut l'examiner et ne connaît à quelle cliente il a affaire que lorsqu'il est appelé chez elle le 4 janvier.

Les premières douleurs ont apparu dans la nuit du 2 au 3, la rupture des

---

(1) Extrait du *Progrès médical* du 14 novembre 1896.

membranes s'est produite le 4 au matin ; enfin, à 4 heures du soir (nos paysannes sont patientes, le médecin est loin et retenu ailleurs), M. le Dr Année l'examine, constate un rétrécissement du bassin et demande l'aide d'un confrère, malheureusement sans spécifier à quel genre d'intervention il faudra avoir recours, oubli bien excusable, mais dont le résultat est une attente de 24 heures pour la patiente.

L'examen, que je pratique à mon arrivée, me montre une femme très petite ; sa taille est exactement de 1 m. 19 ; la brièveté extrême des membres (50 centimètres de l'épine iliaque à la plante du pied ; 39 centimètres de l'acromion à l'extrémité du médius) contraste avec le buste, dont la longueur est presque normale. Tous les os des membres sont incurvés et noueux ; mais il n'y a pas de nodosités sur les côtes, pas de déviation de la colonne vertébrale ni du sternum. Une tête large et carrée avec un front élevé et des yeux intelligents couronne ce petit corps rachitique. Le palper abdominal est assez facile, car les contractions utérines, violentes et très douloureuses pendant les deux premières journées, sont maintenant rares et faibles. On reconnait la présence de la tête sous l'hypochondre droit et on devine, à gauche, la courbe du dos ; on ne perçoit pas de mouvements actifs du fœtus ; mais le stéthoscope permet d'entendre nettement les bruits du cœur encore très réguliers, malgré la longueur du travail ; leur maximum est à gauche et à la hauteur de l'ombilic. Le toucher vaginal révèle la proximité extrême du promontoire, qui, surplombant le détroit supérieur, presque à la hauteur de la symphyse, réduit à six centimètres et demi le diamètre promonto-sous-pubien, mesuré sans déduction. Deux doigts placés côte à côte trouvent difficilement place entre le promontoire et le bourrelet épais de la symphyse pubienne. L'index explorant successivement les deux côtés du bassin les trouve symétriques ; l'excavation ne présente rien de spécial ; les branches ischio-pubiennes restent rapprochées l'une de l'autre et la distance qui sépare les deux ischions est d'environ sept centimètres Le col de l'utérus très élevé, difficilement accessible, a une dilatation de 4½ à 5 centimètres ; le doigt conduit le plus haut possible arrive sur une partie fœtale très mobile qui paraît être un talon.

Bien que fatiguée par la longueur du travail, la malade est loin d'être épuisée ; la diminution et l'éloignement des contractions utérines lui ont permis de prendre un peu de repos dans les dernières heures. Elle n'a pas de fièvre, les urines ne sont pas albumineuses.

Après cet examen, nous sommes d'accord, mes confrères et moi, pour admettre que, même en cas de mort de l'enfant, l'étroitesse du bassin ne nous eût probablement pas permis de pratiquer l'embryotomie, que la symphyséotomie ne nous donnerait pas un passage suffisant, et que, malgré les conditions si défectueuses où nous nous trouvons, l'opération césarienne reste notre unique ressource ; la patiente d'ailleurs l'admet sachant le sort qui lui est réservé en cas d'abstention et les risques qu'elle court pendant et après l'intervention.

Immédiatement une table est préparée avec, comme coussin, une couche de paille recouverte d'un drap à peu près blanc ; une lampe fumeuse suspendue à une poutre va nous éclairer tant bien que mal ; deux chaises boiteuses réunies par une planche reçoivent les plateaux où sont les instruments. A défaut d'un bain général, après que le pubis a été rasé, les régions abdominale et vulvaire sont soigneusement savonnées et désinfectées, puis recouvertes de compresses de tarlatame stérilisées, enfin catéthérisme vésical et injection vaginale avec une solution de bi-chlorure à 1/2000. L'anesthésie par le chloroforme commencée à cinq heures et demie est facilement supportée. L'ouverture de la paroi abdominale faite sur la ligne blanche commence à six centimètres au-dessus de l'ombilic et se termine à quatre travers de doigt du publis. L'utérus rapidement découvert vient s'appliquer contre les lèvres de la plaie. Ma main, introduite dans l'abdomen, reconnaît, à la consistance de la paroi utérine, l'insertion du placenta à la partie supérieure de la paroi antérieure ; continuant son explora-

tion, elle perçoit à droite de petites parties fœtales et par un mouvement de torsion imprimé à la matrice amène cette région dans l'axe de la plaie abdominale. Le Dr Isabel, placé en face de moi, maintient l'utérus dans cette situation et y applique fortement les lèvres de l'incision cutanée que bordent déjà des compresses de gaze. L'utérus est à sa partie inférieure ponctionné au bistouri ; l'index gauche qui remplace aussitôt l'instrument tranchant pénètre dans la cavité utérine, prend notion des parties fœtales qu'il protège et guide de forts ciseaux qui ouvrent rapidement la matrice de bas en haut jusqu'au voisinage du fond. La main droite est alors introduite tout entière, saisit par la nuque l'enfant qui était en position S. I. G. P. et l'amène facilement au dehors ; le cordon ombilical est coupé entre deux pinces et l'enfant, qui vient de crier, confié à une assistante. La main replonge immédiatement pour détacher et enlever le placenta ; il vient en entier, mais les membranes sont partiellement encore dans la matrice ; une nouvelle exploration en ramène les derniers lambeaux. Un flot de sang très abondant a accompagné l'ouverture de l'utérus et l'extraction de l'enfant ; à ce moment la compression énergique exercée que le Dr Isabel et deux injections sous-cutanées d'ergotine de Yvon, pratiquées par le Dr Héon, ont arrêté l'hémorrhagie; le muscle utérin est maintenant contracté, dur, globuleux, et la longueur de l'incision notablement réduite. Des tampons de gaze aseptique brossent légèrement la surface interne de l'utérus, qui est lavé d'abord avec une solution de lysol, puis à l'eau filtrée bouillie ; la canule du laveur introduite dans l'orifice du col permet à l'injection de sortir en majeure partie par le vagin. Après ce lavage aucune mèche de gaze n'est placée dans la matrice ; la surface de section saigne encore en nappe, mais ne montre pas de vaisseaux dont le calibre exige une ligature.

Deux étages de suture continue à la soie affrontent les bords épais de la plaie utérine; le plan profond commençant à l'angle supérieur comprend presque toute l'épaisseur du muscle jusqu'à la face profonde de la muqueuse, arrivé à l'angle inférieur le fil suit une marche inverse faisant une suture musculo-séreuse; malheureusement, le tissu très friable se déchire sous une traction un peu forte et oblige à passer quelques points séparés pour parfaire la réunion. La surface de l'utérus est nettoyée une dernière fois et recouverte d'une compresse destinée à la protéger pendant la fermeture de l'abdomen. A ce moment la malade fait quelques efforts de vomissement et des anses d'intestin sortent au dehors, vite refoulées par la main vigilante du Dr Isabel. L'examen du petit bassin permet de s'assurer que grâce au contact intime que l'on a maintenu jusqu'à la fin entre les lèvres de la plaie abdominale et la surface utérine, pas une goutte de sang n'a pénétré dans le péritoine, constatation heureuse, puisque la provision d'eau stérilisée bientôt épuisée en aurait rendu le lavage plus difficile. La cavité abdominale est refermée à son tour, d'abord par une suture continue qui réunit le péritoine, puis par une suture à points séparés comprenant le plan musculo-cutané. La soie seule (soie tressée soigneusement stérilisée) a été utilisée pour toutes les sutures, tant à l'utérus qu'à la paroi. La ligne d'incision est saupoudrée d'iodoforme, recouverte de lanières de gaze iodoformée à 1/10 ; une épaisse couche de ouate fixée par un bandage de flanelle comprime fortement l'abdomen. La soude introduite dans la vessie ramène une centaine de grammes d'urine ; après quoi on termine le nettoyage de la vulve et des plis inguinaux. L'opération est achevée à 6 h. 50, ayant duré environ une heure vingt minutes.

La malade se réveille facilement et est reportée dans son lit ; elle ne souffre pas, et, bientôt revenue complètement à elle, s'informe de son enfant : c'est une petite fille parfaitement constituée pesant 2,480 grammes, et mesurant 47 centimètres de longueur. La température axillaire au moment du réveil était de 6°9 ; le lendemain matin de 38°2 ; 24 heures après l'opération, elle montait à 8°6 ; à partir de ce moment elle est toujours restée normale. Les suites ont été simples ; quelques vomissements le premier jour, un peu de diarrhée pendant

48 heures, jamais de douleurs abdominales. L'écoulement des lochies a eu lieu comme après un accouchement normal par le vagin non tamponné ; il n'a pas été fait d'injections vaginales, mais de simples toilettes vulvaires bi-quotidiennes : l'évacuation des urines a dû être pratiquée avec la sonde pendant les trois premiers jours. Marie B. ne paraissant pas pouvoir allaiter son enfant, on a fait une compression des seins.

Dix jours après l'opération, le pansement a été levé pour la première fois, et on a enlevé la majeure partie des sutures superficielles ; cinq jours plus tard, les derniers fils ont été coupés. La réunion est parfaite sur toute son étendue ; la palpation de l'abdomen montre l'utérus encore volumineux, mais peu sensible ; une couche de ouate et un bandage de flanelle sont maintenus sur le ventre.

Marie B. a commencé à se lever le 6 février, soit au bout d'un mois, et a bientôt repris ses occupations, elle a vu son retour de couches le 25 février ; depuis lors sa santé est parfaite ; les règles peut-être un peu plus abondantes qu'antérieurement et un peu douloureuses, comme elles l'étaient avant sa grossesse. La seule chose dont elle se plaigne actuellement, c'est d'avoir les bras trop courts pour porter son enfant. La petite fille s'élève aussi facilement que possible, nourrie au lait de vache avec un biberon très proprement tenu (nous n'avons pu obtenir l'emploi du lait stérilisé). Pendant la période où nous allions presque chaque jour visiter la mère, il m'est arrivé deux fois, entrant chez elle à l'improviste de trouver l'enfant aux prises avec un long tube de caoutchouc ; mes réprimandes et la menace de faire supprimer le faible secours pécuniaire donné mensuellement par l'Administration auront, je l'espère, engagé la mère à observer une meilleure hygiène dans l'alimentation de son enfant, qui, aujourd'hui, à l'âge de cinq mois et demi, pèse 7,900 grammes.

Journal des sages-femmes.

DES NOURRICES ENCEINTES.—Dans le livre qu'il vient de publier récemment, *Femmes en couches et nouveau-nés*, M. Budin consacre à cette question un chapitre dont nous résumons les parties principales.

L'opinion suivante règne généralement en France : quand une femme est nourrice et qu'elle devient enceinte, elle ne donne plus que du mauvais lait à son enfant ; il faut alors, si ce dernier est assez âgé, le sevrer ; s'il ne l'est pas, lui donner une autre nourrice. Frappé par l'observation de plusieurs faits en contradiction avec cette manière de voir, aussi bien que par ce qui se passe chez certaines espèces animales, M. Budin chargea un de ses élèves, M. G. Poirier, de faire des recherches à ce sujet aussi bien chez les animaux que dans l'espèce humaine.

Chez les animaux, le lait ne paraît pas subir d'altération que vers le moment du part. Bien plus, M. Weber, dans des recherches personnelles portant sur le lait de vaches en état de gestation, de vaches non pleines et de vaches châtrées, a établi que le lait le plus riche a toujours été celui qui était fourni par une vache pleine de six mois et même de sept. Le lait de vache châtrée venait ensuite, et le lait de vache non pleine ne venait qu'en troisième ligne. A mesure que la vache approche du terme de la gestation, lorsqu'elle est laitière, le lait augmente en qualité et diminue en quantité.

Pour l'espèce humaine, M. Poirier relate cinquante et une observations qui peuvent être résumées ainsi : Dans 72 p. 100 des cas (37 fois sur 51) l'allaitement par une femme enceinte n'a déterminé aucun trouble dans la santé des nourrissons.

Dans 7,9 p. 100 des cas (4 sur 51), on ne peut, des observations, tirer légitimement aucune conclusion rigoureuse.

Enfin, dans 19,6 p. 100 des cas (10 sur 51) les enfants ont éprouvé des accidents qui ont forcé à le sevrer immédiatement.

Sur 51 enfants observés, un a succombé; en admettant que ce soit par suite de l'allaitement défectueux, cela ferait une mortalité de 1,9 p. 100.

M. Poirier termine en disant : "Pour juger définitivement la question, il faudrait savoir quelle est, dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire les nourrices n'étant pas enceintes, la proportion des cas où la femme ne peut continuer l'allaitement jusqu'au bout."

M. Budin, se fondant en outre sur son observation personnelle, conclut que si, dans quelques cas, l'apparition d'une grossesse chez une nourrice est défavorable pour l'enfant qu'elle allaite, dans la grande majorité des faits, le nourrisson n'en souffre pas Mais on doit toujours se demander, surtout dans les grandes villes, si la mère peut impunément faire les frais d'un allaitement et d'une grossesse simultanés —(*Journ. de Méd. et de Chir. prat*).

DOSAGE DE L'ALBUMINE PAR LA MÉTHODE D'ESBACH.— Depuis longtemps on a élevé de vives critiques contre la méthode d'Esbach qui en raison de sa simplicité a été adoptée par un très grand nombre de praticiens. Ces critiques, très justes, viennent d'être formulées de nouveau, dans deux études récentes, et, si nous les signalons, c'est pour que le médecin sache bien qu'il n'y a pas lieu de tirer des conclusions fermes d'un procédé qui malheureusement n'est même pas toujours comparable à lui-même chez un même malade.

M. le Dr Boureau, dans la *Gazette médicale du Centre*, rappelle d'abord quelles sont les albumines qui, d'après les recherches modernes, peuvent se rencontrer dans l'urine; ce sont :

La *serine*, la *globuline*, les *nucléo-albumines*, et les *peptones*, ou plus exactement les propeptones.

Or, l'histoire pathologique de ces différentes albumines est encore obscure.— La peptonurie, entre autres, que l'on constate dans une foule d'affections les plus variées, n'a pas encore une signification clinique bien établie.

L'origine des nucléo-albuminuries est tout au moins aussi indécise. Elles peuvent exister avec l'intégrité de l'épithélium rénal ; elles constituent ce qu'on a appelé les albuminuries physiologiques si contestées actuellement.

Reste la serinurie et la globinurie dont la signification clinique est intacte. Ces deux albumines, serine et globuline, sont les deux *albumines brightiques par excellence.*

Lors donc qu'un clinicien, suspectant son malade au point de vue rénal, veut rapidement, à l'hôpital, ou chez le client, poser le diagnostic albuminurie, quitte à faire préciser plus tard ce diagnostic par le microscope et les dosages urologiques, il n'y a qu'une question à résoudre :—*L'urine contient-elle de la serine et de la globuline ?*

Pour cette recherche on a la chaleur et l'acide nitrique. Mais on a voulu des procédés plus sensibles, et c'est alors qu'on a imaginé ceux de Tanret et d'Esbach. Pour celui de Tanret, il y a longtemps que M. le Professeur Jaccoud a dit :

" Le Tanret précipite trop de choses qui ne sont pas de l'albumine vraie ou serine, et je ne puis m'empêcher de remarquer que c'est depuis la vulgarisation de ce réactif que l'on a si fréquemment trouvé de l'albumine dans l'urine des individus bien portants."

Il en est de même pour le procédé d'Esbach (solution d'acide picrique et d'acide citrique dans l'eau). Ce réactif, en effet, précipite les peptones.

Si donc l'urine examinée contient, comme cela se produit fréquemment dans les maladies infectieuses, une forte proportion de peptones et une petite quantité de serine ou de globuline, en appliquant le procédé d'Esbach, on obtiendra un coagulum donnant, d'après les indications du tube gradué, 1 à 2 grammes d'albumine, alors que l'urine contient 15 ou 20 centigrammes d'albumine vraie.

Les erreurs qu'il occasionne sont pafois plus graves encore.

Il précipite les alcaloïdes, parfois les urates et l'antipyrine.

M. Boureau a fait l'expérience suivante : 1 grain d'antipyrine est absorbé un soir par un adulte bien portant, l'urine du matin est recueillie et on l'essaie avec l'Esbach. On obtient un précipité très net qui aurait permis de poser le diagnostic albuminurie.

Que cette urine ait été adressée à un chimiste se contentant de cette seule réaction, il est clair qu'on aurait abouti à une erreur de diagnostic, on n'aurait pas pensé à incriminer cette dose d'antipyrine prise parfois à l'insu du médecin par le malade.

Il a aussi eu entre les mains des urines de peptonuriques qui coagulaient au point d'indiquer sur le tube gradué des proportions de 1 à 2 gr. d'albumine et qui, vérifiées par d'autres procédés, ne contenaient pas trace de serine ou de globuline.

Ce sont là des conditions dont il faut absolument être prévenu quand on emploie ce procédé.

— De son côté, M. Mercier, dans le *Répertoire de pharmacie*, fait des remarques analogues.

Le principe même sur lequel repose le procédé d'Esbach est sujet a caution : en effet, si l'acide picrique précipite l'albumine ou *certaines variétés d'albumine*, il précipite en même temps les peptones, les alcaloïdes et, aussi, l'antipyrine.

De plus, dit M. Mercier, le tassement du précipité est quelquefois inégal ; quelquefois même, par une teneur relativement élevée en albumine, nous avons obtenu un précipité flaconneux, dont la moitié surnageait dans les couches supérieures du liquide, tandis que le reste garnissait le fond du tube.

Il nous est même arrivé d'obtenir une couche à peine sensible avec le procédé d'Esbach, couche indiquant seulement des *traces faibles et non dosables* d'albumine, alors que la pesée nous décelait 2 grammes, 3 grammes, et même 4 gr. 30 d'albumine par litre. Ces cas sont très rares, il est vrai, mais il suffit qu'ils puissent se présenter quelquefois pour faire juger la valeur du procédé

M. Huguet (de Clermont-Ferrand) a montré dans une série de recherches que la coïncidence entre les résultats de la pesée et ceux de l'appareil d'Esbach étaient absolument exceptionnelle. De plus, les résultats sont des plus variables ; ils sont modifiés par des conditions extrêmement nombreuses, de telle sorte qu'ils ne sont même pas comparables entre eux. La méthode, malgré son apparente simplicité, doit donc être considérée comme tout à fait illusoire ; elle ne peut guère servir que pour indiquer approximativement les chiffres très élevés d'albumine.—(*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*)

INFLUENCE DE LA LACTATION SUR LA MENSTRUATION ET LA GROSSESSE—Le Dr Remfry, après avoir observé plusieurs centaines de femmes, émet les conclusions sivantes :

La suppression des règles est absolue chez 57 0/0 des femmes qui nourrissent ; parmi les autres, 20 0/0 présentent des fonctions menstruelles normales et régulières.

Il n'est pas démontré que la lactation entrave la fécondation ; toutefois, cette dernière semble se montrer moins fréquente.

Dans les cas de suppression complète des règles pendant la lactation, on trouve 6 0/0 de conceptions nouvelles, alors que cette proportion s'élève à 60 0/0 chez les femmes qui perdent ; ce pourcentage croît même, lorsque la menstruation se rapproche des conditions habituelles comme régularité et quantité.

Chez les femmes qui ne nourrissent pas, le retour des règles se produit en moyenne dans les six semaines qui suivent la délivrance.

(*Therapeutische Wochenschrit.*)

La peste fait mourir à Bombay 200 personnes par jour. Depuis le mois d'août de l'année dernière, 10,000 personnes ont été emportées par le fléau.

REVUE D'HYGIÈNE

LE TRAITEMENT HYGIÉNIQUE DE LA ROUGEOLE.

Parmi toutes les maladies infectieuses non définies, la rougeole est certainement l'une de celles dont l'étude offre aujourd'hui le plus d'intérêt à l'observateur. Non pas qu'il n'y ait rien de changé dans son allure ou ses manifestations ; mais les données nouvelles ont jeté un peu de lumière sur plus d'un point de son histoire, changé la signification de certains symptômes et modifié considérablement la base du traitement. Aussi nous croyons utile d'en faire une étude, en ce moment surtout où elle est assez répandue dans la province. On verra que pour cette fièvre éruptive, comme pour bien d'autres maladies, les observations faites jusqu'à ce jour n'ont rien perdu de leur valeur, mais que ces observations, tout en restant vraies, prennent une signification toute autre en face des idées courantes établies par la bactériologie. Cette science récente, qui n'a pourtant pas encore trouvé le microbe rougeoleux, a cependant établi deux faits: la contagion de la rougeole et la nature microbienne de toutes ses complications. Ce sont là les deux points fondamentaux qui servent de bases au traitement actuel de la maladie ; c'est en les ignorant que le médecin s'expose à commettre des erreurs graves vis-à-vis du patient ou de son entourage. Voilà pourquoi aussi il faut, dans le traitement de la rougeole, avant tout et pardessus tout, mettre au premier rang l'hygiène.

C'est une croyance très répandue que la rougeole est une maladie bénigne, que tout le monde doit attraper, et qu'il vaut mieux avoir quand on est jeune, parce que la rougeole est dangereuse chez les grandes personnes. Voilà tout de suite trois erreurs. La rougeole n'est pas plus maligne pour les grandes personnes que pour les enfants. Chez les uns comme chez les autres, si elle est souvent bénigne, elle est quelquefois très grave, et elle expose toujours à des complications dont les plus sérieuses sont l'otite purulente et la bronchopneumonie. De plus une première atteinte ne confirme pas toujours l'immunité. Enfin, pour avoir la rougeole, il faut un contact, direct ou indirect ; on n'attrape pas la rougeole par fatalité. Mais tout ceci demande quelques explications.

La rougeole est caractérisée par une fièvre, un catarrhe et une éruption. Toute la symptomatologie de la rougeole est basée sur ces trois points. Durant les huit ou dix jours après que l'enfant a été exposé à la contagion, il n'y a pas de symptômes : c'est l'incubation. Puis l'invasion s'annonce par de la fièvre (frissons, sueurs) et par du catarrhe (éternuement, rougeur des narines, toux, rougeur des yeux, larmoiement). Cela dure de quatre à cinq jours. Alors la fièvre, qui avait baissé, remonte, et d'ordinaire durant la nuit, l'éruption apparaît à la figure, puis au tronc, aux membres. Elle envahit tout le corps, de haut en bas, en quarante-huit heures. Ce sont des papules roses, veloutées, souvent réunies en plaques, et toujours séparées par des intervalles de peau saine. Cette éruption, fugace, ne dure que trois à cinq jours et se termine par une desquamation furfuracée qu'on ne constate quelquefois qu'en frottant un morceau de drap noir sur la peau. Le pouls, monté avec l'éruption à 130 ou 140, se calme rapidement. Seules, pendant la desquamation, la toux et la bronchite persistent. Voilà la rougeole. Est-elle toujours ainsi ?

Tous les médecins diront que non, parce que tous ont pu constater qu'il

y a des rougeoles malignes, des rougeoles à complications. Le malade peut avoir une fièvre exagérée avec symptômes nerveux ; il peut avoir un catarrhe considérable avec manifestations pulmonaires ; il peut enfin avoir une éruption accompagnée d'hémorrhagies. Et les complications : laryngites qui parfois simulent le faux-croup, stomatites qui peuvent devenir gangreneuses (noma), entérites prédisposant à la tuberculose intestinale, otites purulentes, avec la perforation du tympan et la surdité en perspective, broncho-pneumonies facilement mortelles. Qui dira que la rougeole n'est pas dangereuse ? Qui peut affirmer à l'avance que tel cas sera bénin, tel cas sérieux ?

La rougeole est une maladie avec laquelle il faut compter. Et ceci pour une raison bien simple ; c'est que la rougeole est virulente. C'est une maladie infectieuse. On n'en a pas trouvé le germe, il est vrai ; de ce côté là, la science est encore en défaut. Mais la marche et les symptômes lui donnent un caractère infectieux qu'il est bien difficile de lui refuser. Cette période d'incubation, où le mal se prépare à sortir ; ce catarrhe des muqueuses exposées à l'air (yeux, nez, bouche), où la congestion est intense, la diapédèse active, accompagnée de desquamation de l'épithélium ; cet accroissement des symptômes suivi d'une éruption à la peau, avec dilatation des capillaires, exsudats dans les papilles et dessèchement de l'épiderme : tout cela n'est certainement pas le fait d'un simple trouble fonctionnel ou d'un dérangement organique. Il y a plus : il y a un trouble profond de la nutrition, il y a infection. Ce caractère infectieux, on le retrouve encore dans l'épuisement de la maladie, qui a perdu toute activité une fois l'éruption sortie, et dans l'immunité qui est le résultat habituel d'une première attaque. Toutes les complications, d'ailleurs, sont causées par des microbes qui profitent de l'affaiblissement de l'organisme pour pulluler à leur tour : tels sont les staphylocoques, les streptocoques, les pneumocoques, que l'on trouve sur les ulcères des stomatites, dans le pus de l'oreille, dans les sécrétions des bronches.

Dans tous les cas, un fait demeure certain, c'est que, quelle que soit la nature de la rougeole, le traitement basé sur la nature infectieuse de la maladie est encore celui qui donne les meilleurs résultats. Activer la nutrition et la défense, faire de l'antiseptie locale pour éviter les complications, tel est le double but qu'on doit se proposer.

Le médecin imbu des idées nouvelles, appelé auprès d'un cas de rougeole, sera anxieux de suivre pas à pas son malade, surveillant avec soin le pouls et la température, afin de s'assurer que la nutrition se maintient bonne, que l'organisme se défend bien, et dépister le moindre trouble qui pourrait signaler une complication inattendue. Il s'abstiendra, pendant la période d'invasion, de toute intervention active, parce qu'elle serait inutile ou nuisible ; il ne donnera ni purgatifs ni vomitifs pour troubler l'estomac ou l'intestin, il n'essaiera pas de faire sortir la maladie en faisant transpirer son malade. Il se contentera, dès l'apparition des symptômes, de mettre le malade au lit et de prescrire une diète légère : lait, bouillon et limonade. Mais, sachant combien est précieuse l'antiseptie dans la prévention des complications, il s'efforcera, par tous les moyens possibles, de tenir bien propres les yeux, le nez et la bouche : il fera laver les yeux avec de l'eau boriquée, la bouche avec des solutions antiseptiques (solution boriquée saturée, solution de permanganate de potasse au 500e., solution d'acide carbolique au 200e), et badigeonner la gorge avec du borax (45 grains) dissous dans la glycerine (1 once). Il évitera les grandes irrigations des narines, qui peuvent refouler les sécrétions dans la caisse par les trompes d'Eustache, provoquer la suppuration et se contentera des douches ou du vaporisateur. Ces mesures simples et hygiéniques : diète, bons soins, propreté, suffisent généralement à mener à bien une maladie qui peut être sérieuse.

Est-ce à dire que le médecin doit s'abstenir de prescrire ? Certainement non. Mais il doit suivre en cela les indications, ne faire intervenir les médicaments qu'au besoin. S'il est nécessaire, par exemple, de favoriser l'éruption, il

fera usage des infusions aromatiques chaudes, des stimulants diffusibles comme l'acétate d'ammoniaque. Voici une formule française :

Acétate d'ammoniaque	2 drachmes
Hydrolat de menthe	2 onces
Sirop d'éther	5 drachmes
Sirop de fleurs d'orangers	5 drachmes

Sig.—Une cuillérée à thé d'heure en heure.

Les convulsions cessent généralement par l'emploi des bains tièdes ou du bromure de potassium à petites doses. On controlera l'épistaxis, quand il est abondant, par la compression digitale, les injections d'eau très chaude, ou des tampons d'ouate hydrophile ou de coton absorbant imbibés d'une solution concentrée d'antipyrine. Les compresses d'eau boriquée tiède calmeront la conjonctivite intense. Lorsque la toux est quinteuse et fatigante, on fera des inhalations de vapeur d'eau contenant de la teinture de benjoin, des frictions d'huile camphrée sur la poitrine, et si ces moyens ne suffisent pas, on pourra prescrire :

Extrait de jusquiame	1 grain
" de belladone	$\frac{1}{6}$ grain
Sirop de tolu	1 once
Eau	2 onces

Sig.—Une cuillérée à café d'heure en heure. Si l'enfant est d'un certain âge, on pourra agir plus énergiquement avec l'aconit :

Alcoolature de racines d'aconit	10 à 20 gouttes
Extrait thébaïque	$\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ grain
Sirop d'éther	2 à 4 drachmes
Potion gommeuse	2 onces

Sig.—A prendre par cuillérées à thé.

La diarrhée du début cesse en général assez rapidement. Si elle paraissait vouloir continuer, on fera des fomentations chaudes sur le ventre, on prescrira le bismuth.

Telle est la conduite du médecin moderne auprès d'un cas de rougeole : soutenir les forces du malade, surveiller la marche de la maladie, faire de l'hygiène, de la propreté. Et les petits malades guérissent non pas plus vite, la maladie conserve toujours son caractère individuel, cyclique, imparfaitement connu, mais plus aisément, sans trop d'affaissement, sans complications. Tout cela grâce à l'hygiène du tube digestif, à l'antiseptie des premières voies respiratoires et digestives. Car c'est là le siège principal de la maladie, là que l'on cherche à trouver le microbe pathogène, là que germe la contagion, là que s'élève les complications qui vont se localiser aux oreilles, à la gorge, aux poumons. C'est là, par conséquent, que l'intervention médicale doit se faire sentir d'une manière efficace. Aussi, toutes les précautions antiseptiques bien prises, les forces du malade bien soutenues, il ne reste qu'à surveiller attentivement les symptômes, la fièvre, le pouls, afin, au moindre écart de la marche normale, de dépister immédiatement la complication qui s'annonce: otite, laryngite, broncho-pneumonie, et y porter remède pendant qu'il en temps encore en rectifiant l'antiseptie, en corrigeant la médication. Le malade est en puissance d'infection, et l'organisme demande pour triompher dans la lutte, de la vigilance et du soin.

Mais un organisme infecté possède toujours une propriété redoutable : il renvoie au dehors les germes pathogènes, il contagionne. Dans aucune maladie la contagion n'est aussi facile que dans la rougeole, et elle offre ceci de particu-

lier, ce grand point caractéristique qu'elle existe en puissance, qu'elle peut s'exercer même avant que le diagnostic soit précis, même avant que les symptômes soient devenus caractéristiques. " La contagiosité de cette maladie est extrême, dit le Dr Grancher, au point qu'on en fait volontiers le type des maladies humaines à peu près inévitables." Longtemps on a cru que l'air expiré contient le germe contagieux ; Osler, dans son traité de médecine, l'affirme encore. Ecartons cette idée fausse, sur laquelle repose en partie la croyance du public que la rougeole est inévitable. La contagion existe dans les sécrétions ; ceci a été prouvé maintes et maintes fois par l'observation dans les hôpitaux d'enfants (Bard, Sevestre, Grancher). La conclusion rationnelle à en tirer, celle admise aujourd'hui par les médecins spécialistes, c'est qu'il faut, pour établir la contagion, un contact, direct ou indirect. Résumons sur ce sujet les données actuelles.

L'agent de contagion est présent dans les sécrétions oculo-nasales et dans les crachats ; il peut se dessécher à la surface des muqueuses, de la peau, des mains, des linges. Peut-être, ainsi desséché, peut-il flotter un instant dans l'atmosphère et devenir ainsi transmissible. C'est possible, mais guère probable. La contagion habituelle, celle dont on a recueillie des preuves nombreuses, s'établit par le contact direct entre les enfants : contagion à l'école, sur la rue pendant les jeux, dans la famille, dans les dispensaires d'hôpitaux, ou par le contact indirect immédiat : rougeole apportée à la maison par les parents quand les enfants ne sortent pas, transportée par les infirmières d'une salle à l'autre à l'hôpital. Hors du malade, le contage morbilleux meurt, voilà pourquoi la contagion n'est guère possible par l'atmosphère, si ce n'est auprès du malade ; la virulence ne dure que quelques heures et est vite détruite par la dessication ou la lumière. La contagion est possible, elle se fait habituellement dès l'intime début de la maladie, avant que l'attention ait été attirée d'une manière spéciale sur la toux ou le larmoiement de l'enfant ; elle est possible pendant toute la période d'invasion, ayant son maximum au deuxième jour du catarrhe, et disparaît quand l'éruption arrive ou la desquamation se fait. Voilà ce que l'observation nous enseigne.

Quelles sont les conclusions pratiques que le médecin doit en tirer ? " Si la contagion de la rougeole, dit Grancher, se fait surtout par contact, et si le germe de la maladie est fragile et garde très peu de temps sa viruleuce, il semble qu'il soit facile de l'éviter. C'est tout le contraire, et la rougeole est peut-être de toutes les maladies transmissibles la moins évitable, pour deux raisons : la réceptivité extrême de l'espèce humaine d'une part, la précocité de la contagion d'autre part. Comment se défendre contre un danger invisible et soupçonner un enfant qui joue et ne souffre encore d'aucun symptôme apparent ? Cette raison ajoutée à la fréquence extrême de la maladie aboutit à ce résultat que la contagion est partout, dans la famille, l'école, la rue, l'omnibus, le magasin, etc..... et la défense nulle part."

S'en suit-il que le médecin doive se croiser les bras ? Ecoutons Grancher qui nous dit ailleurs que les questions d'hygiène et de prophylaxie s'imposent à l'attention du médecin, " je dirai même, ajoute-t-il, à sa conscience, aujourd'hui que nous connaissons la nature de ces maladies surajoutées, ou infections secondaires, qui sont presque toujours la cause des accidents graves ou de la mort dans la rougeole." La question d'hygiène, nous en avons parlé à propos du traitement ; il nous reste donc à considérer, pour finir, le second devoir du médecin : la prophylaxie

Nous sommes persuadés que lorsque le médecin est appelé dans une famille pour un enfant qui offre des symptômes inquiétants, symptômes qui permettent d'établir le diagnostic certain de rougeole, il est déjà trop tard pour mettre les autres enfants de la famille à l'abri. La contagion est déjà faite, et dans les quatorze jours qui suivent (les américains donnent même jusqu'à vingt jours), les autres enfants tomberont malades à leur tour. Donc, lorsque la rougeole

est entrée dans une famille, il faut l'y laisser, et s'efforcer de la mener à bonne fin. Mais le médecin qui s'en tiendrait là n'aurait accompli qu'une partie de son devoir. Il faut laisser la maladie dans la famille, oui, ; mais il faut aussi l'empêcher d'en sortir, et comme la contagion se fait par contact, la chose est pratiquable. Non pas tant par la désinfection, (1) le germe contage meurt rapidement, que par l'antiseptie du malade et de son entourage, et surtout par l'isolement. Ce sont des mesures faciles à prendre, et les seules qui permettront de diminuer les cas si nombreux de rougeole.

Toutes les personnes en contact avec le malade observeront la propreté la plus rigoureuse, afin de ne pas conserver sur elles et de ne pas transporter ailleurs les sécrétions desséchées du malade. Cette propreté sera basée sur l'antiseptie : lavages des mains et de la figure avec des solutions antiseptiques, surveillance minutieuse des habits et changement de vêtements chaque fois qu'on veut sortir. L'isolement consistera à garder tous les enfants à la maison, à confiner le petit malade dans une seule chambre et à ne recevoir personne, de peur que la maladie ne se propage ailleurs par contact indirect. Et comme le public n'est pas au courant de ces questions, comme il pèche par ignorance, c'est au médecin à lui enseigner que la rougeole est une maladie dangereuse en soi, et qu'il est du devoir de tous, quand elle existe, de l'empêcher de s'étendre. Quand l'éducation du public aura été faite, on réduira à son minimum la contagion de la rougeole dans la famille et dans les écoles, et l'on rendra de plus en plus inutile l'intervention des autorités sanitaires, toujours désagréable.

WILLIAM OSLER.—**The principles and practice of medecine,** 1892.

J. GRANCHER.—**Traité de Médecine et de thérapeutique** de Brouardel, Gilbert et Girode. Vol. I, 1895.

ALBERT JOSIAS.—**Traité de thérapeutique appliquée** de Robin. Vol. IV, 1896.

GEORGE DOCK.—**Wilson's American text-book of applied therapeutics,** 1896.

GASTON LYON.—**Traité élémentaire de clinique thérapeutique,** 1897.

La *créosote*, dit un médecin belge, le Dr Van Ryn, est un médicament susceptible de produire une amélioration chez les tuberculeux torpides, sans poussées fébriles, sans expectoration trop abondante, sans tendances aux hémorrhagies ni aux congestions, sans phénomènes d'intoxication grave. Si l'on sort de ces cas, l'on s'expose à des mécomptes souvent sérieux. Or, c'est précisément dans ces cas que l'hygiène, la diète et le climat donnent les meilleurs résultats.

Les rayons de Rontgen viennent d'être appelés de nouveau à éclairer l'opinion des tribunaux.

Il s'agissait d'une fracture de la clavicule causée par un accident de voiture. Une photographie du thorax obtenue au moyen des rayons X et montrant la consolidation vicieuse de la fracture fut produite par l'avocat devant le tribunal civil de Marseille, qui accorda 1500 francs de dommages-intérêts.

L'ammonol, est un dérivé du goudron contenant de l'ammoniaque. C'est un antipyrétique-analgésique qu'on a employé dans les fièvres, les névralgies, la dysménorrhée et la dyspepsie. Il jouit aussi de propriétés stimulantes. La dose est de 4 à 15 grains.

---

(1) La désinfection, cependant, ne doit pas être mise de côté, Il est plus sûr, quand la maladie est finie, de désinfecter la chambre et son contenu. Ce sera la conduite sage à tenir jusqu'à ce qu'on ait découvert le microbe de la rougeole, et prouvé expérimentalement qu'il perd sa virulence hors de l'organisme.

REVUE DE PEDIATRIE

LES INCONTINENCES D'URINE DE L'ENFANCE (ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET THÉRAPEUTIQUE).—Par MM. ROCHET, agrégé de la Faculté de Lyon, et JOURDANET, interne des Hôpitaux.

Quand on parle des enfants atteints d'incontinence d'urine, il importe bien de s'entendre. Deux grandes catégories sont, en effet, à distinguer tout d'abord :

1o Les enfants dont l'incontinence ne fait que traduire une lésion interne des voies urinaires, matérielle, bien précise, ou ne représente qu'un phénomène dans le cours d'une maladie qui domine la scène pathologique. C'est la catégorie des *incontinences* dites *symptomatiques.*

2o Les enfants chez lesquels l'incontinence d'urine se montre, au contraire, comme l'unique maladie sans lésion locale appréciable, sans maladies apparentes. Ce sont les *incontinences* dites *essentielles.*

Nous laissons de côté, dans notre étude, toutes les incontinences symptomatiques, qui passent au second plan derrière la maladie première dont elles dérivent. Nous ne citerons donc que pour mémoire et pour fixer les idées sur ces incontinences très spéciales :

1o Les incontinences relevant de *maladies nerveuses bien typiques* ou de *lésions cérébro-spinales bien caractérisées* (incontinence de l'épilepsie, incontinence compliquant le spina bifida, le mal de Pott, le myélite transverse, l'ataxie locomotrice infantile, décrite par Remak, etc., etc.

2o L'incontinence due à des *maladies de la vessie elle-même.*

3o L'incontinence due à des malformations de l'urèthre ou du pénis.

4o Les incontinences dues à des altérations de la qualité de l'urine elle-même (certaines albuminuries, acidité exagérée de l'urine dans le cours ou la convalescence de maladies fébriles, urine trop chargée d'urates chez les goutteux, etc., etc.

5o D'autres fois, ce sont des *lésions irritatives de voisinage* (oxyures du vagin ou de l'anus, polypes du rectum, etc.), qui retentissent sur la vessie et en augment l'excitabilité. Il faut que le praticien soit bien prévenu de ces faits, parce que, lorsqu'on les a reconnus, une thérapeutique très simple fait guéir rapidement parfois des enfants qu'on aurait pu prendre pour de vrais pisseurs au lit.

L'*incontinence* dite *essentielle n'est pas plus "une" que l'incontinence symptomatique ;* cela vient, comme nous l'avons dit déjà, que tout en dépendant d'une *cause première unique*, l'hystérie où la simple névropathie, elle est sous la dépendance de causes secondes très variées, suivants les cas cliniques auxquels on a affaire. Il y a d'abord toute une série de cas d'incontinence nocturne qui correspondent à des pollakiuries. Ces pollakiuries sont elles-mêmes d'origines très diverses ; ou plutôt, dans l'ignorance où l'on est souvent de leurs véritables causes, elles sont susceptibles d'interprétations très diverses.

Chez certains sujets, les fibres musculaires vésicales sont trop sensibles à la distension, et quand celle-ci dépasse certaine limite, elles réagissent énergiquement pour expulser le contenu de la vessie ; cette excitabilité existe le jour aussi bien que la nuit ; mais, pendant le jour, le sujet sent venir cette contraction, peut s'arranger pour lutter contre elle par son sphincter uréthral antagoniste, ou tout au moins peut prendre ses précautions pour ne pas uriner dans ses vêtements. Pendant la nuit, au contraire, l'engourdissement du sommeil rend plus obtuse la sensation du besoin d'uriner, et la volonté du malade ne

venant pas lutter contre la contraction du *detrusor urinæ*, la miction s'opère dans les draps.

La pollakiurie, amenant l'incontinence nocturne, peut reconnaître une autre cause que l'excitabilité excessive de la vessie elle-même. Elle pourrait parfois être rattachée à une *exagération anormale de la sensibilité de l'urèthre profond*, de cette région qui commande le besoin d'uriner quand quelques gouttes d'urine viennent à s'y engager.

L'*anesthésie de cette région*, signalée par certains auteurs comme cause de l'incontinence infantile, empêchant le passage de l'urine d'être senti dans l'urèthre, et ne permettant pas, par conséquent, au sujet de s'y opposer, est une erreur pathogénique, du moins pour l'incontinence dite essentielle ; elle existe dans l'incontinence symptomatique de lésions médullaires vraies, mais dans l'incontinence névrose, ainsi que l'a déjà bien fait remarquer Guinon, les petits malades ressentent parfaitement le besoin d'uriner, trop bien même, puisque le jour ils ont parfois une pollakiurie très marquée. Ce qui serait vraisemblable donc, dans quelques cas, ce serait au contraire une certaine hyperesthésie de l'urèthre postérieur, plus ou moins analogue à celle qu'on observe chez les adultes névropathes et pollakiuriques, chez lesquels la muqueuse uréthrale est extrêmement sensible, douloureuse même au passage de la sonde, et que des cathétérismes réguliers avec de gros Béniqué arrivent à guérir de leur pollakiurie. Sans doute, beaucoup de cas malades sont d'anciens blennorrhagiques, avec reliquat inflammatoire du côté de la prostate, mais chez bon nombre d'entre eux aussi, la névropathie doit jouer le principal rôle dans la production des troubles fonctionnels dont ils se plaignent. Pourquoi ne pas admettre pareille hyperesthésie chez des enfants névropathes, dont l'incontinence nocturne, suite de la pollakiurie, est améliorée ou guérie par le passage régulier des bougies dans le canal ?

Il y a, enfin, des pollakiuries d'*origine psychique*, que les auteurs ont également interprétées de différentes façons, suivant les cas et suivant aussi leurs idées personnelles.

J.-L. Petit avait déjà parlé de ces enfants qui pissent au lit " parce qu'ils *rêvent pisser* quelque part." Janet a bien étudié, dans ces dernières années, ces *psychopathes urinaires*, plus fréquents sans doute chez les névropathes adultes, mais qu'on peut aussi rencontrer chez les petits nerveux héréditaires Ce sont des malades qui, consciemment ou non, ont toutes leurs idées orientées vers leur système urinaire, et ce sont des pollakiuriques au premier chef, parce que la pensée d'ordre urinaire, la préoccupation mictionnelle réagit sur la vessie et l'entretient dans un état permanent d'excitabilité. Si le sujet n'est pas assez malade pour ne pas oublier sa vessie la nuit, et s'il peut se soustraire de cette pensée la nuit, la pollakiurie ne sera que diurne. Si la pensée urinaire persiste la nuit, au contraire (sous forme de rêves, par exemple), la pollakiurie sera nocturne aussi bien que diurne ; et alors, dans l'espèce, si on a affaire à des enfants un peu paresseux ou à sommeil profond, la miction se fera facilement dans les draps.

A côté de ces incontinents, très mal dénommés ainsi, puisqu'ils ne sont, en realité, que des *pollakiuriques très marqués*, il y a d'autres catégories de malades qui n'ont évidemment rien à faire avec la pollakiurie.

Il y a d'abord ceux dont a parlé longuement M. Guyon, et qui sont atteints (congénitalement ou par voie acquise) d'*atonie du sphincter uréthral*. Chez les enfants incontinents, il y a, dit-il, moins exagération de la force impulsive vésicale que faiblesse du côté de la résistance sphinctérienne. Et de fait, dans certains cas, l'exploration de l'urèthre avec la bougie à boule montre, chez le garçon surtout, qu'elle ne rencontre aucune difficulté pour passer dans la région membraneuse ; à son passage à ce niveau, elle n'éprouve pas la constriction ordinaire. Evidemment, cette pathogénie est séduisante par sa clarté, et surtout la netteté de l'indication thérapeutique qu'elle fournit ; ces malades ne peuvent

guérir qu'avec l'électrisation du sphincter uréthral, qui fortifie ce muscle et lui rend sa tonicité. Elle est vraie pour certains malades ; mais ce serait une grosse erreur de la généraliser ; car, précisément, ces malades chez lesquels on constate, avec la boule ou le simple cathéter, l'atonie de la région sphinctérienne de l'urèthre, sont la minime exception. Guinon a déjà fortement attaqué cette interprétation exclusive : Nous n'avons jamais remarqué cette atonie, dit-il, et toujours chez les garçons l'olive était resserrée au niveau de la portion terminale de l'urèthre. Remarquons aussi que, si l'atonie du système sphinctérien était la cause vraie, les filles, dont l'appareil musculaire est moins développé, seraient beaucoup plus exposées à l'incontinence, ce qui n'est pas. Dans cette hypothèse, l'incontinence devrait se constituer dès le plus jeune âge, et devrait diminuer avec l'âge chez les garçons à mesure que la prostate approche de son complet développement, c'est-à-dire vers dix ou onze ans ; or, loin de s'améliorer, l'incontinence apparaît quelques fois vers cinq ou six ans, et augmente souvent les années suivantes."

Il y a enfin (1) une dernière catégorie d'incontinents (et c'est par là que nous terminerons la revue de tous ces petits pisseurs au lit), qui sont peu connus, dont on ne parle plus aujourd'hui, dont nous avons observé trois cas très nets, croyant même que c'était nous qui les avions découverts, mais que nous avons retrouvés dans Civiale, qui les avait décrits déjà avec son esprit clinique et judicieux. Ce ne sont pas des incontinents, ce sont des *rétentionnistes qui pissent par regorgement*, et la rétention plus ou moins complète est encore, dans ces cas sous l'influence directe de la névropathie.

Nous ne connaissions pas le fait déjà signalé, très nettement, par Civiale, et nous avons, comme lui, été très surpris de trouver, chez trois des enfants que nous avons été appelé à soigner pour de l'incontinence d'urine, leur vessie pleine, dilatée même, et un spasme véritable de l'urèthre membraneux, spasme tellement fort que, chez l'un d'eux, on dut se servir de l'anesthésie pour arriver à franchir avec l'explorateur métallique la portion profonde de l'urèthre. Cette constatation nous a paru d'autant plus surprenante que nous étions restés sous l'impression des deux grandes théories généralement admises pour expliquer l'incontinence d'urine infantile : 1o la théorie de l'excitabilité vésicale exagérée, ne permettant pas à la vessie de garder au-delà d'une quantité restreinte d'urine, et qui est incompatible, par conséquent, avec une vessie pleine et même dilatée ; 2o la théorie de l'atonie sphinctérienne venant tout à fait à l'encontre de la contracture observée, au contraire, chez nos malades.

Il est donc nécessaire d'admettre que certains enfants dits *incontinents* sont, en réalité des *rétentionnistes*. Cette catégorie est indéniable, et le diagnostic se fait précisément par les constatations que nous avons signalées : 1o un urèthre membraneux très serré, contracturé, rebelle au passage du cathéter : 2o une vessie spacieuse, contenant parfois beaucoup d'urine, alors que le petit malade pisse constamment.

Ajoutons enfin, et sans rien préjuger du traitement, que c'est chez ces malades que les cathétérismes réguliers améliorent l'incontinence, et Civiale, qui avait été frappé de ces cas, proposait précisément ces cathétérismes comme traitement systématique de l'affection.

Comme on le voit, en somme, quelle que soit la catégorie dans laquelle on puisse ranger les différents incontinents que nous venons de passer en revue,

---

(1) Nous n'avons pas parlé de ces incontinents par *paresse* et que l'opinion courante croit beaucoup plus fréquente en réalité. La théorie de la paresse peut s'appliquer à un petit nombre de cas, surtout pour des enfants encore en très bas âge ; et, de fait, il y en a qui sont nettement améliorés par la crainte d'une punition, par l'habitude qu'on leur fait prendre de se lever une ou deux fois la nuit Mais ce sont des incontinences qui ne durent pas longtemps et qui sont très intermittentes ; elles ne ressemblent pas à ces incontinences persistantes, tenaces, chez des enfants déjà grands, qui comprennent bien leur infirmité et qui, malgré leur bon vouloir, ne peuvent s'en débarrasser.

quelque soit la façon dont s'y prend leur névropathie pour aboutir à l'incontinence, ce sont tous des *névropathes.*

L'incontinence dite essentielle des enfants est toujours liée à une tare nerveuse Trousseau avait déjà insisté sur les relations des névroses (hystérie, épilepsie) avec l'incontinence d'urine et Guinon a bien mis en évidence cette étiologie générale. "Toutes les causes diverses qu'ont imaginées les auteurs doivent être ramenées à une seule, l'hérédité nerveuse sous toutes ses formes, le nervosisme et la dégérescence à tous les degrés." Il arrive même à considérer l'incontinence nocturne comme un *stigmate d'hérédité nerveuse* lui-même.

"C'est un stigmate bénin, car il peut coïncider avec la dégénérescence intellectuelle, profonde, résultant d'une lourde hérédité psychique, il est aussi la manifestation discrète d'une hérédité nerveuse légère, du nervosisme bénin. Il peut même s'isoler complètement comme la dernière trace de cette hérédité."

TRAITEMENT.—Après tout ce que nous avons dit, on pourra prévoir que la thérapeutique à appliquer aux incontinences-névroses de l'enfance devrait être celle de la névropathie elle-même, c'est-à-dire exclusivement médicale et identique dans tous les cas, quel que soit le mécanisme qu'emprunte cette névropathie pour réaliser l'incontinence.

Et, de fait, ce serait le seul traitement à appliquer, s'il parvenait à supprimer totalement la cause première de l'affection. Malheureusement on ne change pas aisément, et du jour au lendemain, une constitution, un tempéramment, même par la thérapeutique la mieux appropriée. Il faut compter aussi avec le temps, avec l'évolution de l'être, qui, chez les jeunes sujets, peut faire disparaître ou tout au moins transformer les manifestations morbides ; et conséquemment, quoique le traitement antinerveux doive faire le fond de la thérapeutique, il faut essayer aussi d'autres moyens pour hâter la guérison des accidents, ou les pallier tout au moins en attendant la disparition de leur cause première

Or, si le traitement général antinerveux doit être unique, les moyens adjuvants dont nous parlons seront, au contraire, très variés, suivant les différentes formes que nous avons essayé de catégoriser. Nous ne pouvons, du reste, que les esquisser rapidement en montrant le parti qu'on peut en tirer dans les principaux cas.

Si on a des raisons de supposer une excitabilité anormale de la vessie, une névrose musculaire du muscle vésical, qui rend trop sensible même à une distension légère, le traitement classique par Trousseau aura chances d'agir efficacement. Trousseau commençait par donner une pilule de 1 centigramme ($\frac{1}{6}$ de grain) d'extrait de belladone le soir, au moment où l'enfant se couchait ; ceci pendant plusieurs jours consécutifs. Au bout de quelque temps, on augmentait d'une pilule, puis, toujours, progressivement, et en laissant l'enfant avec la même dose pendant plusieurs jours de suite, on poussait jusqu'à 6, 7, 8 et même 15 centigrammes même si la guérison était obtenue, pour la maintenir, surtout s'il n'y avait pas de symptômes de saturation ou d'intolérance du médicament.

Se trouve-t-on en présence d'hyperesthésie de la muqueuse cervicale, uréthro-vésicale, amenant secondairement des besoins d'uriner trop fréquents ? Ici encore les calmants généraux peuvent agir, mais déjà moins efficacement, car la plupart d'entre eux agissent comme des *antispasmodiques* et non comme des *anesthésiques.* C'est dans ces cas qu'on a pu avoir des succès plus ou moins durables avec des manœuvres locales, *instillations de cocaïne* au niveau de la région cervicale et dans l'urèthre profond, même le *cathétérisme simple,* sur la valeur thérapeutique duquel Civiale avait déjà insisté, sans chercher à analyser exactement la façon dont il agissait. On peut s'en faire une idée cependant : sous l'influence du passage régulier de bougies, un peu volumineuses surtout, et faisant une sorte de dilatation, la région hyperesthésiée finit par se calmer, la sensibilité anormale s'émousse petit à petit et la pollakiurie qui en était la conséquence directe s'amende.

Nous avons déjà dit que les *incontinences par anesthésie* de la région uréthro-

cervicale, et dont on avait parlé beaucoup autrefois, n'existent pas ou très rarement peut-être, dans les incontinences-névroses. Cette forme *anesthésique* ne se voit guère que dans les lésions médullaires vraies, dans les incontinences symptomatiques par conséquent.

A-t-on affaire aux cas étudiés par M. Guyon, et dans lesquels l'exploration directe du canal dénote de la paresse ou de l'atonie sphinctérienne ? Trousseau avait conseillé pour eux la noix vomique sous forme de *sirop de sulfate de strychnine* (5 centigrammes (1 grain) pour 100 grammes (3½ onces) de sirop de sucre). Chez les enfants de cinq à dix ans, il commençait par deux cuillérées à café (5 milligrammes environ) par jour, une le matin, une le soir. En laissant au bout de deux jours d'administration du médicament, deux jours de repos au malade, on augmentait d'une cuillérée à café ; puis toujours ainsi progressivement jusqu'à six cuillérées à café ; puis encore six cuillérées à dessert, et enfin même six cuillérées à bouche par jour, en suivant toujours les mêmes règles.

C'est à ces cas que M. Guyon a appliqué le traitement rationnel de l'*électrisation du sphincter*. Il introduit, chez les garçons, sa bougie revêtue d'un manchon isolant et à olive métallique découverte, dans l'urèthre profond ; chez les filles, dans l'intérieur du col, en l'enfonçant dans la vessie d'abord, puis en la retirant jusqu'à ce que le talon vienne appuyer sur le col. La bougie est reliée au pôle négatif, l'autre électrode est placé sur la symphyse. Le courant est induit, à interruptions rares, et la séance varie autour de cinq minutes. Bien d'autres façons d'appliquer l'électricité ont été indiquées ; mais on s'est toujours servi des courants faradiques.

Pour combattre l'*influence psychique*, l'influence du *rêve mictionnel*, on peut disposer de différents moyens. On peut tout d'abord s'attacher à rendre le sommeil plus léger pour permettre au petit pollakiurique de se lever pour satisfaire son besoin d'uriner ; on a conseillé un peu de *thé*, de *café*, au repas du soir, mais ce sont là peut-être des armes à double tranchant, chez certains enfants dont la névropathie revêt la forme d'éréthisme. Il y a longtemps qu'on a parlé aussi, et cette thérapeutique est populaire, *des réveils réguliers* et *plus ou moins fréquents* imposés au petit malade la nuit ; cette méthode peut donner à la longue des résultats, en habituant petit à petit la vessie à des évacuations réglées pour telle ou telle heure de la nuit : le nombre de ces réveils forcés se proportionnera à l'intensité de la pollakiurie pendant le jour.

Faut-il *punir* et *terroriser* les petits incontinents ? Les avis sont partagés. Les uns soutiennent qu'en les terrorisant ils perdent de plus en plus confiance dans leur pouvoir de retenir leurs urines la nuit ; la crainte de la punition attire encore davantage leur attention sur la fonction urinaire, augmente leur préoccupation mictionnelle et aggrave par conséquent leur état. Il faut réserver, disent-ils, cette méthode thérapeutique aux enfants d'une certaine classe, mal éduqués au point de vue de la propreté, auxquels on n'a pas appris à être propres de bonne heure ou à ceux chez lesquels la paresse paraît jouer un rôle prépondérant. Les autres, au contraire, prétendent que ce traitement agit d'une façon heureuse en frappant le cerveau de l'enfant par une sorte de *suggestion*.

Cette influence de la *suggestion* a été utilisée encore de bien des manières. On a essayé les *injections sous-cutanées douloureuses*, la *mise en scène d'une entrée à l'hôpital* ou *dans une salle d'opération*, etc. ; enfin on a appliqué la *suggestion hypnotique*.

Les incontinences d'origine psychopatique pure et qui dépendent uniquement du rêve mictionnel nocturne, restent, en somme, comme les plus difficiles à guérir ; le traitement mental seul peut avoir de l'influence sur elles et, malheureusement cette thérapeutique, ici comme ailleurs, est encore dans l'enfance. Ces incontinents psychiques guérissent spontanément, à un moment donné, quand ils commencent à devenir adultes et que d'autres préoccupations, les préoccupations génitales notamment, les envahissent : les rêves amoureux remplacent alors les rêves mictionnels et l'incontinence nocturne s'en va.

Nous arrivons maintenant aux cas de *rétention d'origine spasmodique*, que nous avons bien mis en relief. A ceux-là un traitement local paraît très efficace, si on en juge par les constatations déjà faites par Civiale et par les deux cas que nous avons eu a soigner dans cette catégorie. Ce traitement sera le passage régulier de sondes, pendant un certain temps et une fois par jour au moins.

Voici comment nous avons procédé chez deux de nos malades : une fois par jour seulement on évacuait complètement le contenu de la vessie avec la sonde ; puis de temps en temps (deux fois par semaine environ) on passait après la sonde évacuatrice deux ou trois bougies Béniqué, pour faire une légère dilatation du sphincter uréthral (le numéro de la bougie dilatatrice étant proportionné au calibre de l'urèthre du sujet, suivant son âge). La durée de ce traitement dura un mois chez nos deux malades. Dès les premières séances du cathétérisme, l'amélioration apparut. Au bout d'une quinzaine de jours, l'incontinence, de diurne et nocturne qu'elle était, ne se montra plus que la nuit (on sondait le malade le matin et il est probable que le soir et la nuit la rétention recommençait) ; puis, elle disparut tout à fait, même la nuit.

Il nous resterait à examiner les cas où l'incontinence par regorgement serait due à une rétention non plus d'origine spasmodique, mais d'origine parétique ou paralytique, le muscle vésical étant devenu plus ou moins atone. Nous avons dit déjà combien ces cas sont hypothétiques dans l'incontinence infantile. Si cependant on en rencontrait de ce genre, la méthode la plus rationnelle serait des séances d'*électrisation du corps de la vessie lui-même*, jointe à des *cathétérismes évacuateurs* réguliers, comme le faisait Civale pour corriger les effets de la distension. On pourrait encore mettre en œuvre quelques injections intra-vésicales légèrement irritantes ou caustiques (nitrate d'argent, par exemple) pour solliciter la contractilité du muscle vésical.

(*In Gaz. des Hop.*)

L'EAU FROIDE EN MÉDECINE INFANTILE, par le Dr J. Comby, médecin de l'hôpital Trousseau.

L'hydrothérapie froide, dans les fièvres et maladies aiguës, n'a pénétré en France qu'avec peine; mais aujourd'hui elle a triomphé et ses adversaires se font de plus en plus rares. Avant que l'eau froide, par un retour des choses qui ne sont pas sans exemple, soit remplacée par l'eau chaude (voyez Renaud, Académie de médecine 1896) hâtons-nous de résumer ses indications, ses avantages, ses inconvénients ; en un mot établissons le bilan de cette méthode thérapeutique.

Pour bien saisir les indications de l'eau froide il faut être éclairé sur son action physiologique, d'ailleurs très complexe. L'eau froide a d'abord une *action réfrigérante*, ce qui n'étonnera personnne ; elle soustrait de la chaleur au malade ; c'est un agent anti-thermique. En second lieu, elle trouble la circulation cutanée, fait d'abord contracter les petits vaisseaux qui se dilatent ensuite, de sorte que la peau pâlit immédiatement pour rougir ensuite ; le premier effet astringent et constricteur n'est pas durable et il est bientôt remplacé par une vaso-dilatation, qui dégage les organes profonds, de sorte qu'on peut soutenir que les applications froides ont une *action révulsive*.

Cette action révulsive se fait sentir sur le cœur dont les battements deviennent moins fréquents et plus forts, sur la respiration qui devient aussi plus lente et plus aisée, de sorte qu'on peut dire que l'eau froide a une *action eupnéique* et *systolique*.

L'action révulsive et réfrigérante de l'eau froide sur la peau a pour corrollaire un fonctionnement plus accusé des émonctoires et spécialement du rein ; le bain froid produit surtout la diurèse, il est diurétique. Enfin il agit sur les extrémités nerveuses qu'il remonte et fortifie, c'est un tonique du système nerveux. Si l'eau froide est tonique, elle est en même temps sédative et procure

aux malades agités du calme et du soulagement ; ils souffrent moins, ils dorment mieux, il peuvent prendre du repos.

L'eau froide est antithermique.

Toutes les fois qu'il y aura hyperthermie, avec ou sans délire, agitation, ataxo-adynamie, on emploiera l'eau froide, qu'il s'agisse d'une fièvre éruptive, d'une fièvre typhoïde, d'une diphtérie, d'une septicémie hyperthermisante quelconque. J'ai employé le bain froid avec succès dans la scarlatine, dans la rougeole, dans la variole, dans la grippe, dans la diphtérie, dans la diarrhée infectieuse, dans l'érysipèle.

Aucune maladie générale infectieuse ne contre-indique le bain froid. Toutes les pneumonies et broncho-pneumonies, même chez les enfants les plus jeunes, peuvent être traitées par l'eau froide. Dans la pneumonie franche, le bain froid est presque toujours très bien supporté : dans la broncho-pneumonie, il peut être contre-indiqué.

Quand il y a un foyer petit, limité, contrastant avec des symptômes généraux intenses et une fièvre excessive, le bain froid est indiqué. Par contre, si les lésions sont diffuses, les bronches encombrées, si l'enfant présente la forme capillaire et suffocante de la maladie, le bain froid ne réussit pas, il faut le remplacer par les draps et les serviettes mouillés.

Le bain froid est mal supporté également dans la méningite tuberculeuse, la granulie, les maladies du cœur ; on ne doit pas le prescrire sciemment dans ces maladies quoique, dans quelques cas, il soit assez bien toléré.

S'il y a des contre-indications pour le bain-froid pour les grandes affusions froides à la Currie, c'est-à-dire pour la réfrigération brutale qui ne redoute pas le *shock* et le recherche même, il n'y en a pas pour les autres modes d'application de l'eau froide, et j'ai trouvé que les enfants supportaient toujours bien le drap mouillé, les compresses froides et la vessie de glace, etc.

La vessie de glace sur la tête, sur le ventre, sur le thorax, sur la région précordiale, malgré sa basse température, est bien supportée, parce qu'elle agit sur une petite surface et ne refroidit pas la totalité des téguments comme le bain froid. Elle peut rendre des services contre la pneumonie, la congestion pulmonaire, la broncho-pneumonie, la péricardite, la myocardite, la péritonite, la méningite, etc.

Le *drap mouillé* est excellent, assez réfrigérant et très sédatif, dans les états convulsifs avec ou sans fièvre ; il m'a rendu des services signalés dans la chorée, dans l'hystérie avec convulsions ou tremblements, dans l'irritabilité cérébrale avec agitation extrême, dans toutes les névroses de l'enfance en général.

Le drap mouillé, appliqué trois fois par jour, pendant une heure chaque fois, a fait disparaître rapidement les mouvements choréïques chez plusieurs malades, les a calmés, leur a procuré du sommeil, a hâté la guérison. Dans les cas d'affections aiguës broncho-pulmonaires chez les petits enfants (congestion, bronchite aiguë, bronchite capillaire, broncho-pneumonie, etc.), les compresses froides appliquées sur le thorax sont très bien supportées et procurent un soulagement manifeste, quoiqu'elles n'abaissent pas la température centrale comme le bain froid. Elles provoquent, par le saisissement qu'elles déterminent et par leur renouvellement incessant, des contractions énergiques des muscles respiratoires, de la toux, facilitent la désobstruction des bronches, font rougir la peau, entretiennent autour de l'enfant une atmosphère humide favorable à la respiration. Elles n'ont que des avantages, sans avoir aucun des inconvénients de la réfrigération brutale ; aussi les voit-on partout adoptées.—(*In Méd. mod*).

TRAITEMENT DE LA NÉPHRITE POST-SCARLATINEUSE, par M. KONTREBINSKY.

La néphrite post-scarlatineuse étant, d'après la pathogénie généralement admise, une auto-intoxication par le virus scarlatineux, dont les produits toxiques ne peuvent plus être éliminés par les reins malades, la thérapeutique devra avoir

pour objectif principal de combattre la rétention par l'organisme de ces produits toxiques. La défense de l'organisme contre le virus est d'autant plus faible, que les principaux organes d'excrétions, les reins, la peau et l'intestin sont malades à un degré favorable.

Le traitement rationnel de la néphrite post-scarlatineuse devra donc poursuivre un double but :

1o Combattre la néphrite elle-même.

2o Relever les fonctions d'excrétion de la peau et de l'intestin ou d'y suppléer par des moyens appropriés.

(1). Pour remplir la première indication, c'est-à-dire pour diminuer la pénétration et la formation dans l'organisme des toxines, les moyens les plus efficaces sont les suivants :

a. Régime de lait plus ou moins absolu, suivant la gravité du cas, combiné avec une nourriture hydrocarbonée. Aufrecht, en traitant des néphrétiques avec des hydrocarbonés seuls et en prescrivant le lait, a obtenu d'excellents résultats. Proscrire absolument les viandes et les œufs, bien que ces derniers soient recommandés par quelques auteurs.

b. Repos au lit pendant trois semaines au moins.

c. Les eaux alcalines, Vichy-Célestins particulièrement.

d. Pureté de l'air ambiant.

(2). Moyens destinés à éliminer le plus rapidement possible les toxines, en ménageant les reins et à cet effet relever l'activité des autres organes d'excrétion, de la peau et de l'intestin en particulier, les diaphorétiques et les purgatifs.

a. D'après Soroloff, dès le début de la scarlatine, la respiration cutanée est fortement diminuée, elle diminue encore davantage avec l'albuminurie. Dès que l'albuminerie disparaît, la respiration cutanée augmente aussi. Pour relever celle-ci on aura recours aux bains tièdes, compresses chaudes étendues. L'air chaud et tiède est d'une très grande utilité. Les enfants seront tenus dans une atmosphère chaude, uniforme, toujours bien couverts. Les bains seront de 35°, d'une durée de 15 à 20 minutes.

b. Comme purgatifs : lavement à l'eau tiède, infusion de senné. Le calomel est très nuisible, provoquant souvent des accidents urémiques.

(*Dictskaja Méd.* No 6, 1896.)

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.—**Le rôle de la Graisse dans les Hernies**, applications thérapeutiques ; prévention des hernies, etc, par le Dr Z. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, p. 20, A. Coccoz, Paris.

Henri de Parville raconte dans la revue scentifique du *Correspondant* (No du 10 fév.) que l'on ramassa à Canton (Chine), quelques jours avant l'apparition de la peste, 32,000 cadavres de rats. D'après les recherches de Yersin, le bacille de la peste végète dans le sol, où les rats l'absorbent en rongeant les détritus. Devenues malades, ces petits animaux sortent de leurs trous et viennent mourir dans les habitations, où ils apportent la maladie. Les rats meurent toujours en grand nombre au début des épidémies de peste.

Sir Spencer Wells, le grand gynécologiste anglais, est mort. Il était âgé de 79 ans.

L'Académie de Médecine de New-York a fêté le 29 janvier le 50e anniversaire de sa fondation. Le président Cleveland a présidé la cérémomie, les Drs Jacobi et Sayre ont fait un discours, La bibliothèque de l'Académie renferme aujourd'hui 55,000 volumes sur des sujets de médecine.

FORMULAIRE

Dyspepsie nervo-motrice.

Bromure de potasse	1 once.
Pepsine }	ãã 3 drachmes.
Charbon de bois }	
Eau	4 onces.

Sig.—Une cuillérée à thé dans un peu d'eau après les repas.

LACHAPELLE.

Syphilis.—*Liqueur de Van Swieten modifiée.*

Eau distillée	1 chopine.
Sirop de morphine }	ãã 3½ onces.
Sirop de fleur d'oranger }	
Teinture de mélisse	1½ once.
Bichlorure de mercure	8 grains.

Sig.—Deux cuillérées à dessert par jour.

MAURIAC.

Rhumatisme articulaire chronique.

Salophène. En cachet	15 grains.

Sig.—A prendre trois fois par jour.

ROTTOT.

Pneumonie (*au début*).

Emétique 1 grain	1 grain.
Morphine	¼ grain.
Eau	1 once.

Sig.—Une cuillérée à thé toutes les 2 heures.

ROTTOT.

Eczéma chronique (*avec ulcère*).

Calomel	5 grains.

Faire 40 poudres.

Sig.—Une poudre toutes les trois heures.

Europhène	15 grains.
Vaseline	2 onces.

Sig.—En appplication locale matin et soir.

ROTTOT.

Coqueluche grave

Calomel à la vapeur	ãã 1 grain.
Ipeca pulvérisé	
Sucre de lait	16 grains.

Mêlez et divisez en 8 paquets.

Sig.—Donnez 1 paquet toutes les 2 heures jusqu'à ce que les 8 paquets soient pris ; administrez une dose d'huile de ricin.

Le lendemain :

Bromure de soude	2 drachmes.
Sulfate d'atropine	$\frac{1}{12}$ à $\frac{1}{6}$ grain.
Sirop d'écorce d'oranges amères	3 onces.

Sig.—Une cuillérée à café toutes les 3 heures.

Donner aussi toutes les 3 heures, 2 grains de quinine, qu'on fait alterner avec la potion.

GUNDRUN.

Prostatite.

Beurre de cacao	ãã 30 grains.
Ichthyol	
Extrait de belladone	1 grain.
Chlorhydrate de cocaïne	$\frac{1}{2}$ grain.
Chlorhydrate de morphine	$\frac{1}{4}$ grain.

Pour un suppositoire.

Sig.—Localement, chaque soir, au besoin.

MONIN.

Psoriasis.

Gutta-percha	2 drachmes.
Chloroforme	2 onces.

Faire dissoudre. Puis ajouter :

Acide chrysophanique	2 drachmes.

Sig. En application locale.

CHATELAIN.

Conjonctivite.—*Collyre jaune.*

Muriate d'ammoniaque	15 grains.
Sulfate de zinc	30 grains.
Eau	$2\frac{1}{2}$ drachmes.
Camphre	10 grains.
Alcool	Q. S.
Safran	2 grains.

Sig.—En application locale.

FOUCHER.

L'UNION MEDICALE DU CANADA.

Directeur-Gérant : - - - - - - *Dr J. B. A. LAMARCHE*

Rédacteur en chef : - *Dr E. P. BENOIT*

MONTRÉAL, MARS 1897

BULLETIN MÉDICAL

La perforation intestinale dans la fièvre typhoïde et son traitement chirurgical.

L'une des complications les plus tardives et les plus dangereuses de la fièvre typhoïde, c'est la perforation intestinale, amenant à sa suite une péritonite mortelle. Elle survient dans la troisième semaine, quelquefois pendant la convalescence, et se déclare assez souvent d'une manière insidieuse, sans provoquer de symptômes aigus prémonitoires ; on s'aperçoit de l'accident terrible qui est survenu par la chute de la température, le gonflement de l'abdomen, et surtout l'état du malade ; face grippée, pouls misérable, froideur des extrémités. La perforation, toute petite, de la grandeur d'une tête d'épingle, siège habituellement dans la dernière portion de l'iléon. Elle provoque la mort en faisant éclater une péritonite infectieuse, toxique.

Il était bien naturel, en face de l'impuissance manifeste de l'intervention médicale, que le chirurgien eut l'idée d'intervenir à son tour. Cela cadrait bien avec la hardiesse de la chirurgie du jour, qui n'est plus à reculer devant une laparatomie. Mais le problème se présentait avec des données bien désavantageuses: il s'agissait d'aller réparer une lésion grave dans un milieu septique, chez un patient affaibli déjà par une infection généralisée. L'opérateur agissait d'urgence, en dernier ressort, sans même avoir la satisfaction de se sentir sur un terrain favorable. Il était donc intéressant de constater si les résultats justifieraient l'intervention.

Quoique la question soit de date tout à fait récente, elle a déjà été mise pratiquement à l'épreuve. On a opéré trente fois des perforations de l'intestin, et l'on a obtenu six guérisons. Ce n'est pas beaucoup. Mais plutôt que de former une appréciation d'après cette simple statistique, nous préférons rapporter la discussion qui a eu lieu sur le sujet en décembre dernier à la *Société Médico-Chirurgicale.*

Résumons d'abord le cas du Dr Armstrong. Un jeune homme de 28 ans est admis au *Montreal General Hospital*, souffrant depuis quatre jours de fièvre

typhoïde. Pendant les sept jours qui suivent, la température se maintient très haute, malgré les bains répétés, et le dixième jour de la maladie, une perforation intestinale survient : La douleur, peu intense, siège d'abord dans la fosse iliaque droite, et s'étend rapidement à tout l'abdomen. La température baisse de deux degrés seulement : le pouls est peu accéléré. Dix-huit heures après la perforation, le Dr Armstrong opère le malade. Il trouve la perforation à moitié fermée par un morceau d'omentum adhérent, le ventre rempli de gaz ayant une odeur fécale, de liquide jaunâtre fécaloïde et de sérum purulent. Il ferme la perforation de l'iléon par une double rangée de sutures de Lembert, lave l'abdomen avec une solution saline normale chaude et stérilisée, assure un drainage facile par des bandes de gaze iodoformée placées dans toutes les directions entre les replis de l'intestin et un large tube de drainage en verre qui va jusqu'au fond de la cavité pelvienne. Pendant les trois semaines qui suivent, le malade offre tous les symptômes d'une fièvre typhoïde sévère, dont la marche n'est aucunement entravée par l'opération ; somme toute, l'état général du patient est très satisfaisant. Le Dr Armstrong donne sur le sujet une clinique aux élèves, clinique publiée dans le *British Medical Journal*, et l'opération est considérée comme un succès.

Mais le vingt-quatrième jour après l'opération, l'iléon se perfore une seconde fois. On enlève les sutures de l'incision abdominale, et celle-ci devient aussitôt béante ; aucune réunion ne s'est faite. On peut, à travers la plaie, apercevoir la seconde perforation de l'intestin, et établir un drainage. Quatre jours plus tard survient une troisième perforation, accompagnée d'une hémorrhagie considérable. On peut voir cette nouvelle perforation par la plaie de l'abdomen. A partir de ce moment, le malade commence à décliner et meurt le quarantième jour après son opération.

A l'autopsie, pratiquée par le Dr Wyatt-Johnson, on constate que la première perforation est parfaitement close et n'a pas cédé. Le cul de sac de Douglass contient des matières fécales échappées des deux autres perforations. Il existe une péritonite de toute la partie inférieure de l'abdomen. Il y a un petit abcès dans le mésentère, et des ulcères typhoïdes persistent encore dans l'iléon et le colon.

Le Dr Armstrong a rapporté le cas à la *Société Médico-Chirurgicale.* Il croit que, suivant toutes probabilités, le malade aurait guéri si les deux perforations subséquentes n'étaient pas survenues, et se refuse à regarder son opération comme un échec, le malade ayant pris du mieux pendant les quatre semaines qui suivirent l'opération. Au contraire, il se sent porté à intervenir de nouveau à la prochaine occasion, car il est persuadé que dans les perforations de la fièvre typhoïde, on sauvera beaucoup plus de vies par ce moyen que par aucun autre.

Dans la discussion qui suivit, les Drs Adami et Shepherd firent remarquer que dans la fièvre typhoïde, le pouvoir réparateur de l'organisme est à peu près nul. Il ne peut pas non plus se former d'adhérences protectrices parce qu'il y a très peu de lymphe inflammatoire exsudée. On doit donc s'attendre

à ce que les opérations, dans la fièvre typhoïde, donnent un très petit nombre de succès.

Le Dr Armstrong a eu affaire à une fièvre typhoïde très grave, qui a duré longtemps. Le malade était profondément atteint dans sa nutrition, ce qui n'a rien de surprenant dans cette maladie. La plaie de l'abdomen n'était pas cicatrisée quand on a enlevé les sutures de l'abdomen, vingt-quatre jours après l'opération ; il n'est donc pas étonnant que l'intestin n'ait pas pu résister à de nouvelles perforations, qui d'ailleurs dépendent entièrement de l'ulcération des plaques de Peyer. Mais alors on peut se poser la question suivante : l'opération chirurgicale pour perforation, dans la fièvre typhoïde, alors même qu'elle a réussi, a-t-elle sauvé le malade ? Le cas du Dr Armstrong permet de répondre : Pas toujours. Hâtons-nous d'ajouter que le pronostic serait probablement plus favorable dans un cas de perforation survenant sur la fin d'une fièvre peu grave, ou durant la convalescence ; car on pourrait espérer qu'elle demeure unique. C'est une chose cependant dont on ne peut jamais se dire sûr. On a déjà trouvé, dans l'intestin de malades typhoïdes morts par perforation, des ulcères qui étaient bien près d'entamer à leur tour le péritoine. L'efficacité de l'intervention chirurgicale, dans les cas de ce genre, est donc encore bien aléatoire.

La peste bubonique et son sérum.

A la séance du 26 janvier de l'Académie de Médecine française, le Dr Roux a donné l'historique complet des belles découvertes de Yersin. Le sujet, à part de l'intérêt scientifique qu'il offre, est tout à fait d'actualité. Nous en faisons ici un court résumé qu'on lira, croyons-nous, avec plaisir. L'histoire du Dr Yersin est un exemple frappant de la marche hardie de la science moderne, poursuivant ses conquêtes même en pays barbare.

Pendant qu'il était encore étudiant en médecine, le Dr Yersin se fit une piqûre anatomique en pratiquant à l'Hôtel-Dieu, sous la surveillance de Cornil, l'autopsie d'un individu mort de la rage. On l'envoya se faire soigner à l'Institut Pasteur, où il fit la connaissance de Roux, qui se fit aider par lui dans ses recherches sur la diphtérie. Yersin n'était encore qu'externe des hôpitaux quand son nom parut à côté de celui de Roux en tête du mémoire sur la toxine diphtéritique. Il fut nommé en 1888 démonstrateur de microbiologie. Mais un beau jour, Yersin abandonne microscope et étuve, s'engage dans les Messageries Maritimes et part pour l'Indo-Chine. Pendant plusieurs années il explore les pays inconnus de l'Annam. En 1894, la peste ayant fait son apparition à Hong-Kong, le goût des études le reprend : il se construit une hutte dans la cour d'un hôpital de la ville, y installe un laboratoire, et quelques mois après, en septembre, il publiait dans les *Annales de l'Institut Pasteur* un mémoire dont voici le résumé :

Chez les malades atteints de la peste, on trouve constamment un microbe spécifique, très abondant dans les bubons. Dans les cas graves il passe dans le sang et à l'autopsie on le rencontre dans les ganglions lymphatiques, dans le foie et dans la rate. Ce microbe, qu'il est facile de mettre en évidence en colorant la pulpe du bubon par les couleurs basiques d'aniline, apparaît au microscope sous la

forme d'un bacille court à bouts arrondis, se teignant plus fortement aux extrémités, et se décolorant par le Gram. Il cultive facilement sur la gélose et dans le bouillon alcalin où il se dispose en chapelets de courts bacilles.

Chez les rats et les souris qui, au début des épidémies, sortent en grand nombre de leur trou, comme affolés, et viennent mourir dans les maisons, on trouve aussi des ganglions remplis de bacilles de la peste. On peut de même leur inoculer la peste de l'homme, et ils se passent la maladies les uns les autres.

Au moment des épidémies, on trouve aussi, dans le sol des localités infectées, un microbe exactement semblable à celui de la peste, mais moins virulent que celui retiré des bubons.

Le Dr Yersin avait donc découvert le microbe de la peste, et son étude, très complète, expliquait en même temps les différents modes de contagion. C'était bien là une maladie propre à régner en Chine, où la population, très dense, vit sur un sol couvert de détritus, au milieu des rats et des souris qui pullulent.

Le Dr Yersin revint alors à Paris poursuivre ses études à l'Institut Pasteur. Il parvint, en injectant dans les veines d'un cheval, à intervalles éloignées, des doses de plus en plus fortes de culture sur gélose, à faire tolérer les toxines par l'animal, et à l'immuniser. On saigna le cheval trois semaines après la dernière injection, et l'on essaya le sérum sur des souris. Celles qui recevaient 1/10 c. c. du sérum de cheval immunisé ne devenaient point malades quand, deux heures après, elles étaient infectées avec de la peste. Le sérum était préventif. Les souris déjà inoculées de la peste auxquelles on injectait, douze heures après, 1 c. c. à 1½ c. c. de sérum guérissaient constamment. Le serum avait donc des propriétés curatives manifestes. Le résultat de ces expériences fut publié en juillet 1895 dans les *Annales de l'Institut Pasteur.*

C'était un pas immense de fait vers le traitement sérothérapique. Aussi le Dr Yersin revint plein d'espoir en Indo-Chine, et s'occupa activement à installer un laboratoire à Nha-Trang, afin de cultiver des bacilles et d'immuniser des chevaux. Ce laboratoire n'était pas terminé lorsque la peste se réveilla à Hong-Kong. Le 10 juin 1896, ayant reçu 80 flacons de sérum de Paris, et ayant pu lui-même en recueillir quelques-uns, le Dr Yersin jugea que le moment était venu d'entrer en action. C'est ici que se révèle la ténacité du savant courant après la vérité qui fuit devant lui. A Hong-Kong, les trois ou quatre pestiférés qui mouraient chaque jour étaient des chinois dont les familles n'auraient pas permis à un européen d'opérer sur eux ; l'hôpital était vide. Le Dr Yersin se rend donc à Canton, où il arrive vers la fin de l'épidémie ; il trouve d'ailleurs la populace de la ville très turbulente et très hostile aux étrangers. Cela devenait décourageant. Mais un jour que le docteur faisait une visite à la mission catholique, Mgr Chausse lui demanda s'il ne connaissait pas un remède contre la peste.

"Nous en aurions bien besoin, ajouta-t-il, raconte le Dr Roux, car un jeune chinois de la mission est gravement atteint de la maladie."

"J'ai un remède, répondit le Dr Yersin, je le crois excellent, mais je ne l'ai jamais essayé sur un malade."

Mgr Chausse prend sur lui toutes les responsabilités et conduit le docteur

auprès du jeune chinois. Celui-ci, malade depuis le matin, a un bubon dans l'aine droite, une fièvre très forte, la langue chargée, des vomissements et du délire. A 5 heures, à 6 heures et à 9 heures du soir, injections de 10 c. c. de sérum. A minuit, le malade se calme, il n'y a plus de fièvre, dans la journée il est parfaitement guéri. Le Dr Yersin ne pouvait pas désirer une plus éclatante confirmation de l'exactitude de ses recherches : 30 c. c. de sérum avait suffi à guérir, avec une rapidité surprenante, un cas de peste grave.

Sur ces entrefaites, les journaux annoncent que la maladie fait des ravages à Amoy, port de mer de la côte chinoise. Le Dr Yersin y court aussitôt, laissant au séminaire de Canton une seringue et du sérum. Or, voici quelques jours après ce que Mgr Chausse écrivait au consul de France : "M. Yersin est un médecin prévoyant. En guérissant le jeune séminariste il a montré la valeur de son remède ; en nous laissant une seringue et quelques flacons de sérum, il nous a épargné beaucoup d'ennuis. Deux nouveaux cas se sont déclarés dans la même maison : l'un dimanche, l'autre hier lundi. On a injecté la liqueur et aujourd'hui les deux élèves sont sur pied, les bubons ne sont plus douloureux, la fièvre est à peu près tombée."

A Amoy, le Dr Yersin traita 23 malades : 21 guérirent, 2 moururent. Ces deux derniers étaient dans un état désespéré au moment du traitement. On injecta dans les différents cas, suivant la gravité ou la durée de la maladie, de 40 à 60 c. c. de sérum. Lorsqu'on pratiquait l'injection le premier jour, la guérison survenait dans les 24 heures sans suppuration. Le second jour, il fallait donner une dose plus forte et la guérison était plus lente (deux à trois jours), mais sans suppuration encore. Lorsqu'on n'intervenait pas avant le troisième ou quatrième jour, il fallait donner une dose de 40, 50 ou 60 c. c. Règle générale, lorsqu'on intervenait dès après le début de la maladie, 20 à 30 c. c. étaient suffisants. C'est cette nouvelle victoire que le Dr Yersin télégraphiait à Paris au doyen de la Faculté de Médecine, l'été dernier.

Les patients se sont plaints quelquefois de douleurs assez vives au point d'injection, mais celles-ci se dissipaient promptement et aucun accident de quelqu'importance ne peut être attribué au sérum. " On est vraiment étonné, a dit le Dr Roux à l'Académie, de voir se dissiper, en quelque heures, les symptômes les plus alarmants, lorsque le sérum est donné dans les deux premiers jours de la maladie. Le bubons se résolvent pour ainsi dire à vue d'œil. Si l'intervention est plus tardive il faut davantage de sérum et on ne parvient pas toujours à éviter la suppuration des bubons ; mais celle-ci, au lieu de se prolonger, comme dans le cas où la peste guérit spontanément, se tarit en quelques jours. Une preuve de l'efficacité du sérum, c'est le rétablissement complet et rapide des personnes traitées, tandis que d'ordinaire, la convalescence est longue et pénible même pour les patients atteints de peste bénigne."

L'efficacité du nouveau traitement devint si évidente pour les gens d'Amoy, que le Dr Yersin ne pouvait sortir sur la rue sans que l'on arrêta sa chaise à porteurs pour le prier d'entrer voir un malade. Sa provision de sérum s'étant épuisée, il dut, pour se soustraire aux supplications de ces malheureux, quitter la ville chinoise. Il revint en Europe peu de temps après.

Depuis, on sait que la peste s'est déclarée dans les Indes (septembre 1896), et qu'elle exerce surtout ses ravages à Bombay et dans les environs. La marche de la maladie est favorisée, d'ailleurs, par la famine existante. Aucune des mesures sanitaires employées n'a pu entraver son extension parmi une population dense, malpropre et affaiblie par les privations. On a remarqué que la maladie semble s'attacher à certains endroits, à certaines maisons, et s'y manifeste malgré toutes les désinfections possibles. Le début de l'épidémie a été accompagné, comme toujours, par une mortalité très grande parmi les rats et les souris. On dit que les autorités anglaises ont demandé au Dr Yersin de se rendre à Bombay avec une provision de sérum, mais la nouvelle n'est pas encore confirmée

A Paris, le président Faure a visité tout dernièrement les laboratoires et les étables que l'Institut Pasteur possède à Villeneuve-l'Etang. Il y a dans les dernières 111 chevaux servant à la préparation de l'antitoxine de la diphtérie et à celle du tétanos, et 15 chevaux qu'on utilise pour la production du sérum anti-pesteux. On a fait voir au président des cultures du microbe de la peste, et le Dr Roux lui a expliqué que ce microbe a peu de résistance, se détruit par les antiseptiques et la chaleur, mais qu'il conserve dans le sol sa virulence, et que c'est ainsi que les épidémies sont favorisées en Orient par la densité de la population et les conditions peu sanitaires du pays. En Europe, a-t-il ajouté, ce microbe ne pourrait pas accomplir les ravages qu'il exerce en Asie, et le meilleur préventif, c'est la propreté.

Nous sommes loins du temps où l'apparition de la peste jetait dans la terreur le monde civilisé.

L'eucaïne est un médicament qu'on a tenté de substituer à la cocaïne. C'est un éther méthylique, qui se comporte comme une base faible et s'allie à l'acide chlorhydrique en donnant des sels. M. Pouchet a pu se rendre compte par l'expérience que l'eucaïne jouissait d'une toxicité égale à celle de la cocaïne. Ses effets ne sont pas précédés de cette phase prodromique qui est un avertissement dans l'emploi de la cocaïne. L'eucaïne est, pour le cœur, plus dangereuse que la cocaïne ; à dose égale, l'eucaïne seule produit des troubles cardiaques graves chez la grenouille. Les expériences de M. Pouchet ont porté sur 48 animaux ; elles sont en accord avec les résultats que M. Reclus a observé dans sa pratique hospitalière.

Le Salophène —Voici les conclusions d'une étude publiée par Bousquet dans la *Presse médicale :*

En résumé, si nous mettons de côté toutes les affections où le salophène a été trop peu expérimenté pour qu'on puisse se faire une opinion exacte sur son efficacité, nous pouvons dire qu'il est des cas nombreux où son emploi est une grande ressource pour la thérapeutique, soit que les autres antipyrétiques aient échoué ou aient été mal supportés par les malades, soit qu'ils aient été tout à fait inefficaces.

A ce titre, il est précieux dans la plupart des affections rhumatismales aiguës à détermination articulaire et musculaire. Il présente également de nombreux avantages dans le traitement des névralgies et des migraines.

Le salophène mérite donc d'être largement essayé et de prendre rang dans l'arsenal thérapeutique moderne.

COURRIER DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU.

Notes du Dr J. P. ROUX, médecin interne.

Durant le dernier mois 412 malades ont été traités à cet hôpital ; 214 des mois précédents et 198 nouveaux admis. Sur ce nombre, 192 ont été congédiés : 174 guéris, 16 soulagés et 2 non traités, et 12 ont succombé aux affections suivantes : 7 de tubrculose, 2 de maladies organiques du cœur, 1 de cirrhose atrophique, 1 de péritonite aiguë et 1 de cancer du sein. Dans ce dernier cas l'ablation avait été pratiquée ainsi que l'évidement du creux axillaire, mais les vaisseaux avaient subi une dégénérescence telle, que cinq jours après l'opération leurs parois ont cédé et la patiente est morte d'hémorrhagie.

Dans le service de médecine rien de bien important : les cas de maladies aiguës sont rares, nous avons surtout des maladies chroniques : les cardiaques, les tuberculeux, les catarrheux, les dyspeptiques, les rhumatissants sont en très grand nombre. Nous avons aussi actuellement plusieurs cas de maladies nerveuses ; telles que sclérose en plaques, ataxie, chorée, hystérie, etc.

En chirurgie les opérations ont été très nombreuses, et les cas à opérer très intéressants. Parmi les principales, je citerai cinq cures radicales pour hernies inguinales, dont trois étranglées et une pour hernie fémorale étranglée depuis cinq jours ; deux amputations de pénis, cinq ablations de sein pour cancer, deux amputations au tiers inférieur de la cuisse pour arthrite tuberculeuse du genou, dans un de ces cas la résection avait été pratiquée cinq ans auparavant, mais la guérison n'avait jamais été complète ; un cas de néphrotomie pour abcès du rein de nature probablement tuberculeuse. Et grand nombre de cas moins importants tels que amputations de doigts, ablations de lipomes, fibromes, extractions d'esquilles etc.

Comme je dois laisser l'hôpital bientôt et que ceci est mon dernier courrier, je prie les lecteurs de l'*Union Médicale* de vouloir bien m'excuser, non pas d'avoir manqué quelques courriers, de n'avoir pas été bien régulier, mais bien d'avoir succombé à la pression de monsieur le rédacteur de l'*Union Médicale*, et d'avoir entrepris une chose beaucoup audessus de mes forces.

28 Février 1897.

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes du Dr W. Derome, interne en chef.

Durant le mois de février 125 patients ont été admis et 112 ont été congédiés. Les ambulances ont fait 38 sorties. Les mortalités durant le mois se chiffrent à 4 seulement. Cent treize opérations chirurgicales ont été pratiquées dans les différents services de chirurgie. Seize cent soixante-seize patients ont

été traités dans les différents dispensaires et 2197 prescriptions ont été remplies gratis à la pharmacie.

La clinique chirurgicale a offert un champ assez varié et fort intéressant, sous le rapport des hernies, des tumeurs de la région cervicale, des fractures et des luxations.

Deux fois nous avons eu recours aux rayons X. La première pour rechercher un petit clou dans l'index d'un jeune homme qui se présenta à l'Hôpital le lendemain de l'accident. Il disait n'avoir pas vu pénétrer le clou dans sa main,

mais était positif qu'il en avait un, et décrivant son trajet, lui donnait la direction d'avant en arrière et pour localisation, la partie palmaire de l'index.

Le toucher ne nous donne rien de certain comme renseignement, sinon un petit point douloureux, si l'on fait jouer l'articulation de le 2e phalange. Là-dessus on songe aux rayons cathodes. Grâce à la bienveillance des MM. du séminaire de Saint-Sulpice, qui savent si bien se tenir à la hauteur de l'avancement scientifique, monsieur l'abbé Larue, assistant-professeur de physique au séminaire de philosophie, se rendit avec empressement à nos désirs, et imprima la photographie dont j'ai le plaisir de vous offrir une lithographie. La netteté avec laquelle le corps étranger est localisé, c'est-à-dire tout-à-fait à l'opposé des indications fournies par le blessé, en rendit l'extraction des plus faciles.

Une seconde application a été faite pour une tumeur dans la région du 1er métacarpien de la main gauche. Ce métacarpien présente à peu près la forme d'un gigot, en miniature sans doute. Au toucher l'extrémité inférieure ou métacarpo-phalangienne est saine et facile à constater, l'extrémité supérieure au contraire est en forme de massue. La tuméfaction remplit la face palmaire interne de la main. Le patient âgé de 21 ans assez robuste est apprenti bricquetier et n'a jamais été malade. Les parents ont bonne santé. Il y a quatre mois une brique tombe du 3e étage d'une maison en construction et le frappe légèrement à la main dans la région de la tumeur actuelle. Il s'en pense quitte pour une douleur momentanée assez vive et une légère contusion qui le forcent à quitter l'ouvrage pour quelques heures. Au bout de quelques semaines, sans douleur, ni gêne dans les mouvements, la main lésée commence à enfler à l'endroit du traumatisme. Il y a huit jours notre individu se présente au dispensaire de chirurgie se plaint de quelque gêne dans les mouvements et de quelques douleurs, mais pour lui le symptôme le plus alarmant c'est l'enflure. Au toucher la masse est dure, peu sensible et semble faire corps avec l'os. Quelques petits points, çà et là, donnent une sensation de ramollissement, sans fluctuation ; les phénomènes d'inflammation en plus font défaut et l'idée de suppuration est mise de côté. Les rayons X font voir une masse opaque faisant corps avec l'os mais de nature incertaine. Sous le chloroforme, le couteau met à découvert l'os gonflé, ou mieux le périoste épaissi, distendu par un épanchement sanguin considérable et la substance osseuse complètement détruite. Un curettage de la cavité suivi d'un tamponnement soigneux à la gaz iodoformée pour arrêter l'hémorrhagie, termine l'intervention pour le moment, le patient ayant catégoriquement refusé la moindre mutilation. Dans ce cas eussions-nous su les interpréter, les indications fournies par les rayons X auraient pus nous être d'un grand secours. En effet la masse nous paraissait de nature incertaine, nous ne voulions pas croire à l'absence de la substance osseuse. La photographie, que je regrette ne pouvoir vous présenter, donnait une différence marquée entre les os et la masse. Les rayons ne pénètrent pas une masse liquide trop dense.

Si les rayons ne donnent pas toujours des résultats si positifs, ils produisent parfois sur les tissus exposés un effet des plus délétère. La littérature médicale rapporte nombre de cas ou une exposition même peu prolongée, mais répétée a été suivie d'un érythème d'une nature particulière et très rebelle à tout traitement. Outre l'inflammation du derme il y a presque toujours une décoloration peu prononcée de la peau qui devient même bronzée. L'exfoliation de cette peau chargée de pigmentations suit de près les autres lésions. Non seulement la peau mais les tissus profonds, voir même les os seraient attaqués par ce puissant fluide électrique, d'après les expériences et les études d'un dermatologiste du *Johns Hopkins Hospital*, Baltimore.

La véritable explication de ces lésions est encore à venir, malgré le nombre de théories déjà anvancées.

Ces jours derniers, un pénible accident, nous a mis à même de pratiquer une opération dont les résultats jusqu'à présent sont des plus satisfaisants. C. âgé de 19 ans travaillait à piler des blocs de glace au fond d'une glacière, quand

il se fait presser la jambe entre deux de ces énormes blocs en mouvement. Les tissus mous sont littéralement meurtris et ouverts jusqu'aux os de haut en bas sur une longueur de huit pouces. Le péroné se montre fracturé dans son tiers inférieur. L'examen du tibia avant chloroformisation ne permet pas de constater aucune lésion apparente de ce dernier. Malgré la gravité des lésions, l'âge et la force de résistance du blessé mélitent en sa faveur, et la chirurgie conservatrice est appelée à son secours. Après une toilette soignée du membre mutilé, et le chloroformisation faite, je procède à l'excision du péronné un peu au-dessus de son tiers inférieur, la ligature des vaisseaux ayant été faite au préalable. Une hémorrhagie abondante compliquait l'accident, contrairement à ce que l'on constate ordinairement dans les plaies contuses.

Le péroné réséqué et enlevé, laisse voir le tibia fracturé à son extrémité inférieure et sur sa face externe, cette dernière complication ne change en rien le mode opératoire. Une irrigation prolongée au sublimé au 1/1000 suit l'excision de toutes les parties mortifiées ; quelques points au crin de florence rapprochent les bords de la plaie dans sa partie supérieure et la partie inférieure béante est pactée à la gaze iodoformée. Un pansement humide à l'acide carbolique au $\frac{1}{60}$ recouvre le tout. Chaque jour ce même pansement est renouvelé avec toutes les précautions antiseptiques les plus minutieuses et les résultats actuels surpassent toute attente.

La grippe ou influenza fait des siennes dans ce moment, et l'augmentation dans le nombre de patients du dispensaire eu dit quelque chose. Dans le service de médecine je mentionnerai un cas d'asystolie cardiaque, avec œdème d'un bras suivit d'une espèce de dermatite très douloureuse. Pour terminer je citerai un cas d'irido-choroïdite métastatique infectieuse, dont la cause probable dépend de dérangements intestinaux, ou remonte à une fièvre typhoïde récente.

Hoquet persistant guéri par l'application de pointes de feu.—Chez une jeune fille d'apparence robuste et sans tare nerveuse appréciable, qui depuis cinq jours souffrait d'un hoquet intense et bruyant, le Dr Zuccarelli (de Bastia), après avoir employé divers moyens thérapeutiques, entre autres les injections de morphine, obtint la cessation instantanée du spasme par l'application de pointes de feu sur le thorax, au niveau des insertions du diaphragme. Six mois après, le hoquet récidiva, mais céda tout aussi rapidement à une nouvelle application de pointes de feu au niveau du thorax et de la région cervicale, sur le trajet du nerf phrénique. Depuis lors, la patiente n'a plus présenté de récidive du spasme. Quel que soit le mécanisme suivant lequel ont agi dans ce cas les pointes de feu (inhibition réflexe ou simple suggestion), le fait de leur influence heureuse n'en demeure pas moins incontestable.

Le Prof. Pouchet avait été nommé comme expert dans une affaire médico-légale à propos d'une épiderme de pseudo-cholérine causée par des aliments avariés. Les recherches toxicologiques furent négatives, mais l'étude bactériologique des viandes saisies fit trouver la bactérie spécifique du *hog-cholera*, ou pneumo-entérite infectieuse des porcs. Ce microbe offre une résistance toute particulière à la chaleur, et par conséquent à la cuisson.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'INSTITUT VACCINOGÈNE.

Nous nous faisons un devoir de publier la lettre suivante, qui intéressera tous nos lecteurs :

Québec ce 25 février 1897.

A M. le Rédacteur de " L'Union Médicale,"

M. LE RÉDACTEUR,

Je viens de lire un article dans " L'Union Médicale " où vous exprimez vos regrets de ce que le Conseil d'Hygiène de la Province a été relevé de la surveillance de l'Institut Vaccinogène de Ste-Foye. Comme vos remarques et vos regrets ont peut-être laissé une mauvaise impression dans l'esprit des membres de la profession médicale, je crois en justice devoir vous donner les explications suivantes pour détruire le mal avant qu'il prenne racine.

Le Conseil d'Hygiène de la Province ayant cru, à cause de la distance qui le séparait de l'Institut (180 milles) devoir renoncer à la surveillance du dit Institut, le gouvernement Flynn, à ma demande, afin de donner à la profession médicale et au public autant de garanties que possible, a nommé un médecin inspecteur, M. le Dr Brophy, qui est un bactériologiste de talent. Ce Monsieur réside dans mon voisinage, ce qui lui permet de suivre, avec plus d'assiduité que ne pouvaient le faire les officiers du Conseil d'Hygiène de la Province, les différentes opérations que nécessite la préparation du vaccin. M. le Dr Brophy assiste et surveille chaque inoculation sur le sujet et chaque récolte de vaccin ; il voit à ce que l'aseptie soit pratiquée et il fait une analyse bactériologique de la lymphe recueillie sur chaque sujet vaccinifère.

J'espère, M. le Rédacteur, que ces courtes explications seront suffisantes, du moins pour le moment, à rassurer le public médical, et j'ai la ferme conviction que le prochain rapport que le Dr Brophy doit faire au gouvernement, donnant tous les détails des opérations de l'Institut, sera de nature à vous donner pleine et entière satisfaction.

Votre bien dévoué,

DR ED. GAUVREAU, *Directeur*,

Institut Vaccinogène, Chemin Ste-Foye, Québec

La *blennostasine* est un dérivé de l'écorce de quinquina et s'emploie comme succédané de la quinine dans les maladies caractérisées par l'hypersécrétion des muqueusses : bronchites, fièvres des foins, grippe, laryngites. La dose est de 3 à 5 grains.

CHRONIQUE

Notre ami et collaborateur, le Dr Henri Duhamel, est parti le 6 mars, via New-York, pour Paris, où il doit passer quelques mois à suivre les cliniques de laryngologie. Nous souhaitons un heureux voyage à notre aimable confrère.

Le Dr Derome, dans son intéressant courrier de l'hôpital Notre-Dame, nous donne deux exemples intéressants des services que les rayons X peuvent rendre en chirurgie. Il est tout probable que l'hôpital Notre-Dame va ajouter à son cabinet de photographie un appareil de Rœntgen. M. l'abbé Larue, du séminaire de Saint-Sulpice, s'est gracieusement offert à en surveiller l'installation.

Le Dr O. F. Mercier est revenu dernièrement d'un voyage de six semaines à Paris. La traversée, au retour, a été très rude. Le docteur a rapporté pour l'hôpital Notre-Dame un certain nombre d'instruments de chirurgie et tous les appareils nécessaires pour le laboratoire de bactériologie.

Dernièrement, un M. B., demeurant rue St-Dominique, envoya à l'école Mont-Royal, malgré les avis du médecin, un de ses enfants souffrant de la rougeole. Douze des élèves attrapèrent la maladie. A la demande des commissaires d'écoles, le Dr Laberge, médecin de la ville, poursuit M. B. devant les tribunaux pour négligence coupable et attentat à la santé publique.

M. le Dr Roux, de l'Hôtel-Dieu, s'excuse dans son dernier courrier d'avoir entrepris à l'Union Médicale une tâche au-dessus de ses forces. Nous protestons hautement contre cet avancé de notre trop modeste ami. Avec une bonne grâce parfaite, le Dr Roux nous donnait chaque mois, du grand hôpital dont il était l'interne, des nouvelles toujours accueillies avec plaisir par nos lecteurs, qui voyaient ainsi se réveiller les souvenirs de leur bon temps d'études. M. le Dr Roux voudra bien recevoir tous les regrets que son départ nous fait éprouver en même temps que nos vœux sincères de prospérité dans sa pratique future.

Henri de Parville rapporte, dans le *Correspondant* du 10 février, le cas d'un jeune homme atteint depuis quelque temps d'une pneumonie caséeuse dont le pronostic devenait de plus en plus mauvais. Sur les instances réitérées du père, le Dr Rendu, peu confiant, exposa tous les matins, pendant une heure, la poitrine du jeune homme aux rayons X. Le malade guérit rapidement.

RICHARD D'AULNAY.—**De la Gonococcose—Gonococcite et Gonococcie** ; localisations gonococciennes et infection gonococcique par le Dr RICHARD D'AULNAY, Clermont-Daix frères, 3 Place St-André.

BIBLIOGRAPHIE

FÉLIX ALCAN, Libraire-Éditeur, 108, Boulevard Saint-Germain, Paris.—**Collection Médicale,** élégants volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à 4 et à 3 francs.

Viennent de paraître :

FÉLIX TERRIER, GUILLEMAIN et MALHERBE.—**Chirurgie de la face**, par les Drs Félix TERRIER, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, GUILLEMAIN et MALHERBE, anciens internes des hôpitaux, avec gravures..... 4 fr.

A. POZZI.—**Manuel théorique et pratique d'accouchements**, par le Dr A. POZZI, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, avec 138 gravures..... 4 fr.

S. ICARD.—**La mort réelle et la mort apparente**, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mort apparente, par le Dr S. ICARD, avec gravures. 4 fr.

E.-P. LÉON-PETIT.—**Le Phtisique et son traitement hygiénique**, par le Dr E.-P. LÉON-PETIT, médecin de l'hôpital d'Ormesson, avec 20 gravures..... 4 fr.

J. LAUMONIER.—**Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie**, par le Dr J. LAUMONIER, avec gravures..... 4 fr.

S. ICARD.—**L'alimentation des nouveau-nés**, *Hygiène de l'allaitement artificiel*, par le Dr S. ICARD, avec 60 gravures..... 4 fr.

S. RIBBING.—**L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales**, par le Dr S. RIBBING, professeur à l'Université de Lund (Suède)..... 4 fr.

F. LAGRANGE.—**Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens**, par le Dr F. LAGRANGE, lauréat de l'Institut. 4e édition..... 4 fr.

F. LAGRANGE.—**De l'exercice chez les adultes**, par le Dr F. LAGRANGE. 2e édition ..... 4 fr.

LEVILLAIN.—**Hygiène des gens nerveux**, par le Dr LEVILLAIN. 3e édition. 4 fr.

J. VOISIN.—**L'idiotie**. *Psychologie et éducation de l'idiot*, par le Dr J. VOISIN, médecin de la Salpêtrière, avec gravures..... 4 fr.

CH. FÉRÉ.—**La famille névropathique**. *Hérédité, prédisposition morbide, dégénérescence*, par le Dr Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre, avec gravures..... 4 fr.

A. MOSSO.—**L'éducation physique de la jeunesse**, par A. MOSSO, professeur à l'Université de Turin. Préface de M. le Commandant LEGROS..... 4 fr.

P. SIMON.—**Manuel de percussion et d'auscultation**, par le Dr P. SIMON, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, avec gravures..... 4 fr.

A. POZZI.—**Eléments d'anatomie et de physiologie générale et obstétricale**, par le Dr A. POZZI, professeur à l'école de médecine de Reims, avec 219 gravures ..... 4 fr.

FÉRÉ.—**Le traitement de aliénés dans les familles**, par le Dr FÉRÉ, médecin de Bicêtre. 2e édition..... 3 fr.

FÉLIX TERRIER et M. PÉRAIRE.—**Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales**, par les Drs Félix TERRIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et M PÉRAIRE, ancien interne des hôpitaux, assistant de consultation chirurgicale à l'hôpital Bichat, avec gravures..... 3 fr.

Petit manuel d'anesthésie chirurgicale, par les mêmes, avec 37 gravures... 3 fr.

L'opération du trépan, par les mêmes, avec 222 gravures..... 4 fr.

MACARIO.—**Manuel d'hydrothérapie**, Par le Dr MACARIO..... 3 fr.

Envoi franco contre mandat ou timbres-poste.

TRAVAUX ORIGINAUX

QUELQUES REMARQUES SUR L'USAGE DU TABAC EN RAPPORT AVEC LA MUQUEUSE DE LA BOUCHE ET DES VOIES RESPIRATOIRES

Par le professeur FOUCHER

Il y a quelques jours, je recevais d'un collégien une lettre conçue en ces termes : " J'aime à fumer le bon tabac et il me semble que cela aide ma digestion et me soulage d'une pharyngite.—Lorsque je ne fume pas, ma gorge enfle jusqu'aux oreilles (sic) mon nez est obstrué et je fais des efforts pour renvoyer mes aliments.—Je me demande si en réalité la pipe peut me faire du bien, car notre directeur et notre règlement nous défendent de fumer sans raison ni motif. Toutefois l'envie de fumer n'est pas plus forte que le désir d'observer mon règlement et je me conformerai à votre ordonnance."

Malgré ces protestations de dévouement à la règle et de soumission à l'autorité, on devine facilement un secret désir d'obtenir un certificat permettant l'usage de la pipe et même l'ordonnant, sous forme de prescription. En effet, si le tabac procure du soulagement, il est tout naturel de supposer qu'il sera prescrit ; mais, le point essentiel à établir est précisément celui de savoir si le tabac a une action efficace quelconque sur la muqueuse des voies respiratoires. La question m'a été posée à maintes reprises, elle revient souvent sous différentes formes et je suis persuadé qu'il n'y a pas un seul médecin qui, à un moment donné, ne se soit trouvé dans l'alternative de condamner l'usage du tabac, habitude qu'il chérit ; ou de l'approuver sachant très bien tout le mal qu'il peut produire.

Quelle est donc l'opinion que le médecin doit avoir sur cette question et quel conseil doit-il donner, lorsqu'il est appelé à le faire, sans tomber dans l'exagération de l'abstention absolue, ou de l'usage immodéré ?

La réponse nous est fournie par l'effet physiologique du tabac sur l'économie et par les modifications apportées à son usage dans le but d'en augmenter d'en atténuer les effets. Le tabac exerce un effet *local* et un effet *général*, tous ux bien distincts.

Localement, sur les muqueuses, sous forme de poudre à priser, de poussière respirer, de feuilles à mâcher (chiquer), de fumée à respirer, enfin sous forme

de chaleur le tabac est un irritant. Par son *action générale* il s'attaque au système nerveux.

Quoique cette dernière action soit la plus importante par rapport aux troubles nerveux variés auxquels il donne naissance : amblyopie, amaurose, névro-rétinite, leptoméningite, paralysie etc., nous nous arrêterons à considérer surtout l'effet local du tabac sur les muqueuses.

Mâcher le tabac produit une salivation abondante suivie d'une sécheresse de la bouche et quelquefois d'une altération du goût. Lorsqu'on avale le tabac. l'irritation est portée plus loin vers l'œsophage, l'estomac et l'effet toxique est quelquefois mortel.

Appliqué en poudre sur la pituitaire, il active la sécrétion nasale, puis dessèche la membrane muqueuse et altère l'odorat. Il maintient une irritation constante qui se traduit par l'hypertrophie de la muqueuse qui recouvre les cornets et quelques fois par des polypes ; par des troubles du côté du pharynx et de l'oreille moyenne. Ces mêmes effets sont très communs et très appréciables chez les filles qui travaillent dans les manufactures de tabac, surtout celles qui *écotonnent*. Les poussières du tabac se logent dans toutes les infractuosités des cornets, encore plus efficacement qu'avec la prise ordinaire, la glande de Luschka est généralement hypertrophiée, les replis de cette bourse se remplissent de cette fine poussière et les mucosités qui s'échappent du nez et du pharynx en contiennent aussi en grande quantité. Nous avons actuellement sous traitement quelques cas de ce genre, et tous ceux que nous avons observés par le passé ont présenté à peu près les mêmes caractères.

Aspiré en fumé le tabac agit d'une façon différente parce qu'à son action irritante s'ajoute l'effet de la chaleur. Cet effet s'exerce d'abord sur les lèvres puis sur la muqueuse de la gorge. L'irritation des lèvres a été reconnue depuis longtemps comme étant le point de départ de l'épithélioma de cette région. Le fumeur invétéré se reconnaît à l'aspect de son pharynx buccal. Les pilliers antérieurs et le palais mou forment une arche d'une couleur rouge vinée qui tranche nettement sur le reste de la muqueuse de la gorge. La luette est longue, œdématiée, épaissie, la paroi postérieure du pharynx participe à l'irritation et le fumeur sent le besoin constant d'expulser des secrétions nuisibles.

L'irritation s'étend au loin vers le larynx et la voix s'en ressent dans un grand nombre de cas. Un de mes amis, le Dr X. un excellent ténor, s'apercevait depuis quelque temps que le matin au réveil ses notes étaient claires, excellentes, mais que le soir dans la veillée, ses notes élevées étaient faibles, éraillées, non soutenues. J'examinai sa gorge et trouvai un pharynx rouge viné comme on le rencontre chez les grands fumeurs. J'ordonnai l'abstention du tabac et le résultat fut satisfaisant et conforme en tout point à nos prévisions.

L'usage de la pipe, du cigare et de la cigarette offrent chacun un inconvénient et un plaisir particulier. Le fumeur de pipe blâme le fumeur de cigare et trouve insignifiante l'habitude de la cigarette. Pour lui, il n'y a que la pipe qui soit inoffensive, le cigare offre des dangers et la cigarette est un jeu d'enfant. Le fumeur de cigare a aussi sa manière de voir ; s'il s'entend avec le fumeur de pipe pour considérer la cigarette comme le géant considère le nain, il

en diffère du tout au tout quant à l'appréciation du plaisir et aux inconvénients inhérents à la pipe et au cigare.

Le fait est qu'il y a exagération de part et d'autre et que le fumeur de cigarette pourrait répliquer avec raison qu'il est le seul qui sache fumer et retirer du tabac tous les effets agréables ou nuisibles que l'on met au crédit de la nicotine. Il n'y a aucune différence à établir, ou du moins très peu, entre celui qui fume la valeur d'un cigare soit avec une pipe neuve, un porte-cigare neuf ou un porte-cigarette neuf. Toute chose égale d'ailleurs, supposant la même quantité et la même qualité de tabac, la somme totale de fumée et de nicotine sera la même avec une légère différence en plus représentant les cendres du papier de cigarette. La différence ne provient donc pas de là, elle résulte d'une comparaison inexacte entre les trois modes de fumer.

Celui qui fume un tabac fort en nicotine, dans une pipe, ne peut pas comparer ce qu'il éprouve avec ce qu'éprouve celui qui fume un tabac faible dans un cigare ou une cigarette. La qualité du tabac est le point essentiel : plus il est fort en nicotine plus son action est manifeste. Celui qui fume un tabac quelconque dans une vieille pipe encrassée n'éprouvera pas non plus le même effet que celui qui fume le même tabac, en même quantité, en cigare ou en cigarette avec un porte-cigare ou cigarette neuf. L'effet irritant de la chaleur diffère aussi dans chaque cas selon que le tuyau de pipe est long, non conducteur de la chaleur, ou que la chaleur arrive directement, sans atténuation, à la surface des muqueuses.

Un enfant peut faire semblant de fumer dans une pipe neuve et n'en éprouver aucune sensation, mais qu'il mette une vieille pipe vide entre ses lèvres et il ne tardera pas à éprouver les symptômes de l'empoisonnement nicotinique. Il y a donc deux sortes de fumeurs de pipes, celui qui aime les pipes neuves ou remises à neuf, et celui qui préfère les vieilles pipes.

Il y a trois sortes de fumeurs de cigares, celui qui fume directement le cigare entre ses lèvres, celui qui fait usage d'un porte-cigare toujours minutieusement nettoyé et remis à neuf et celui qui préfère fumer le cigare dans de vieux porte-cigares juteux.

Le fumeur de cigarettes n'est pas une quantité négligeable, il fume, et il fume beaucoup. Ces fumeurs sont partisans ou non de porte-cigarette mais ils se divisent en deux classes bien distinctes : ceux qui aspirent la fumée et la rejettent au dehors immédiatement, ceux qui avalent la fumée. Les premiers ne sont que des novices, ils ne sont pas passés maîtres en l'art de fumer ; le vrai fumeur de cigarettes appartient à la seconde classe, c'est un artiste, un gourmet de la cigarette.

De toutes les manières de faire usage de tabac, la plus nuisible est celle qui favorise l'extension de la fumée, l'absorption de la nicotine sur une plus grande surface. A ce titre, ceux qui fument la cigarette, en avalant la fumée, s'irritent et s'intoxiquent plus sûrement que le fumeur de pipe ou de cigare, qui n'avale pas la fumée. On peut fumer un gros cigare sans éprouver de malaise, tandis que trois cigarettes dont on avale la fumée donneront des nausées, des vertiges et une accélération du pouls.

Une longue respiration dirige la fumée vers le larynx, la trachée et les bronches, augmentant le champ d'irritation et d'absorption. Celui-là n'éprouvera aucun plaisir de fumer une cigarette à la façon d'un cigare, c'est-à-dire en expulsant la fumée tout de suite au dehors. Il lui faut obtenir un certain degré d'irritation avant de rejetter la fumée au dehors; sans quoi la cigarette ne lui fera éprouver aucun plaisir. Cette manière de fumer la cigarette tient son charme d'une irritation des branches laryngiennes et trachéales du nerf pneumo gastrique.

J'avais donc raison de dire que le fumeur de la cigarette peut retorquer les reproches qu'on lui adresse et prétendre être le meilleur interprète des effets physiologiques de la nicotine.

On a reproché souvent à la cigarette de faire du tort à la santé, non seulement par la nicotine du tabac choisi mais aussi par le papier et les substances étrangères employées pour leur donner de l'arome.

Le Dr Ledoux a fait une analyse de plusieurs marques populaires de cigarettes des Etats-Unis, et dans un rapport fait à l'académie de médecine de New-York, il y a trois ans, il affirme n'avoir trouvé que de la nicotine dans le tabac employé, et dans le papier, une quantité inoffensive de cellulose.

Il n'y a donc en général ni opium, ni canabis indica, ni autres narcotiques dans les principales marques de cigarettes qui se vendent aux Etats-Unis et qui sont importées de là, au Canada.

Dégagée de ce côté, la cigarette n'échappe pas aux inconvénients communs à l'usage du tabac sous toutes ses formes. Elle en présente même de plus grands considérés à d'autres points de vue. Elle est le point de départ de l'habitude. Humble, modeste, petite et douce dans son prix, ses dimensions et ses effets, elle dissimule plus facilement sous ces riants dehors son action nuisible. Par le fait même elle est plus accessible à la jeunesse et c'est là son plus grand inconvénient. L'histoire ancienne de la première pipe, mise en peinture par Brown, constitue un épouvantail qui en arrête un grand nombre, mais la fashionable cigarette fait le sujet d'une peinture plus gaie et l'on voit l'usage progressif que fait la cigarette parmi les enfants et parmi les femmes. Jusqu'ici il n'y a que les demi-mondaines et les désœuvrées qui en aient accepté l'habitude, car la crainte d'une haleine à odeur de tabac, chez les femmes; si soigneuses de leur personne constitue une barrière qu'il sera toujours difficile de franchir impunément.

L'usage du cigare et de la cigarette fumés directement entre les lèvres offre un danger assez sérieux, et j'ajouterai assez commun, celui de l'inoculation de la syphilis et de la tuberculose. J'ai eu sous mes soins, il y a quatre ans, un jeune homme de 18 ans, qui a contracté la syphilis par la lèvre inférieure en fumant une cigarette contaminée. La maladie dans ce cas, traitée en commun avec mon excellent confrère le Dr I. Cormier, a même eu une gravité exceptionnelle, le patient est mort des suites de cette maladie deux ans plus tard. Pour le médecin qui a un tant soit peu d'expérience dans le traitement des jeunes filles et garçons employés dans les manufactures de tabac, mes remarques seront acceptées sans contestation. Les lèvres qui collent les robes de sumatra ne sont pas toujours les lèvres roses et vermeilles des vierges, ou, si elles sont pures

sous le rapport de la syphilis, elles peuvent être maculées autrement. Dans tous les cas le fumeur a intérêt à ne pas accepter sans inventaire ces sortes de baisers inconnus qui lui sont envoyés par procuration, quand même ils portent le sceau de l'état. Une autre source de danger provient des instruments en usage chez les marchands de tabac pour couper les bouts de cigares. Celui qui achète un cigare le *passe d'abord entre ses lèvres* puis le présente ensuite dans la lunette de la petite guillotine. Cette simple opération inoffensive, en apparence, offre un grand danger. Le couteau de l'instrument est maculé par la salive de tous ceux qui coupent ainsi le bout de leur cigare. Il est facile d'en tirer les conclusions.

L'habitude de fumer, en général, s'exagère ou s'atténue selon les sujets, leur âge, leur état de santé, leurs habitudes sedentaires ou actives, leur genre d'occupation, le lieu même où ils fument. On ne devrait tolérer l'usage du tabac, sous aucune forme chez les enfants et aussi longtemps que dure la période de croissance. Un enfant qui fume ou qui chique a nécessairement une santé mauvaise. L'organisme délicat, nerveux, ne peut que se flétrir par l'absorption quotidienne de la nicotine. Aussi est-il rare d'observer la santé chez les enfants qui fument ; la plupart sont pâles, petits, étiolés, dyspeptiques et leur peau jaune terreuse reflète l'état misérable de leur santé.

Il est donc du devoir du médecin de proscrire sévèrement l'usage du tabac chez les jeunes sujets, de même qu'il est de son devoir d'empêcher de jeunes filles, de jeunes garçons de travailler dans les manufactures de tabac où ils ruinent leur santé. Les directeurs de collèges ne devraient pas permettre l'accès de la tabagie à ceux qui, à 19 ou 20 ans, n'offrent pas une apparence de santé certifiée par le médecin. Les débitants de tabac ne devraient pas livrer de tabac aux enfants pas plus qu'il n'est permis de leur vendre de la boisson.

L'effet irritant et toxique du tabac dépend de la manière dont on en fait usage. Il y a moyen de fumer la pipe, le cigare ou la cigarette de façon à éviter leur action nuisible. Il faut éviter de répartir sur une large surface de muqueuse une fumée trop chaude, et imprégnée d'une trop grande quantité de nicotine et ce pendant un temps trop prolongé. C'est dire en d'autres termes qu'il faut fumer modérément, lentement, un tabac faible en principes actifs. Il faut éviter aussi de fumer au froid et surtout au froid humide. Il s'établit des alternatives d'inspirations froides et chaudes, chargées de fumée, qui produisent une congestion très active de la muqueuse du pharynx.

Pour éviter le danger de contagion et atténuer l'effet irritant du tabac et de la chaleur il est préférable de faire usage de pipes à longs tuyaux, de porte-cigare et de porte cigarette soigneusement nettoyés.

L'action du tabac est aussi beaucoup plus active, lorsqu'elle provient d'une agglomération de fumeurs réunis dans un appartement de dimensions modérées et insuffisamment ventilé. Un grand nombre d'affections catarrhales des yeux, du nez et de la gorge sont causées et entretenues dans ces conditions et ne peuvent être traitées efficacement qu'en faisant comprendre aux patients qu'il faut s'y soustraire d'une manière absolue.

Le tabac mâché n'est acceptable à aucun point de vue. Le tabac prisé

est encore conseillé par quelques médecins qui croient sérieusemnt qu'il peut agir à la façon d'une panacée contre les coryzas, les ophtalmies légères et les céphalalgies opiniâtres. Mon expérience ne confirme pas cette manière de voir ; la prise ne réussit la plupart du temps qu'à aggraver le mal qui existe déjà, ou à créer de toute pièce celui qui n'existe pas.

Chez la classe nombreuse des fumeurs, il y a ceux qui échappent à la règle générale, et que les abus de toutes sortes ne punissent pas au moins d'une façon évidente. Il y a des fumeurs relativement modérés qui sont atteints d'amblyopie ou tremblement nerveux, tandis que des vétérans de la vieille pipe meurent à un âge avancé sans avoir jamais souffert des atteintes de l'empoisonnement par la nicotine.

Maxwell, le meutrier de Preller, fut enfermé deux ans dans la prison de St. Louis et pendant ce temps fuma une moyenne de 40 cigarettes par jour. Mulhall fit l'autopsie, examina le larynx et la trachée et ne put découvrir aucune trace de changement morbide sinon une fracture de l'os hyoïde produite par la corde du bourreau.

En résumé, tous les fumeurs ne sont pas empoisonnés et tous ne souffrent pas de lésions des muqueuses, quelques uns même abusent de la pipe sans inconvénients marqués, mais le tabac est en général nuisible ou inoffensif, suivant l'usage qu'on en fait. S'il est plus souvent nuisible qu'inoffensif c'est parce qu'on en abuse. Mais parce que l'usage du tabac peut, à certaines conditions, n'offrir aucun inconvénient, il ne s'en suit pas que le médecin soit justifiable de le recommander à titre de traitement. Nous possédons un arsenal thérapeutique suffisamment varié pour pouvoir nous dispenser de prescrire la nicotine, c'est pourquoi, mettant en pratique, au moins en qualité de médecin, les opinions qui viennent d'être émises, j'ai ordonné à mon jeune collégien de s'abstenir de fumer quand bien même il croirait en obtenir de bons résultats.

Apoplexie, (HARDY).—1. La mort dans l'hémorrhagie cérébrale n'arrive jamais qu'au bout de plusieurs heures, quand elle est assez forte;

2. La mort subite relève généralement d'une syncope produite par une lésion cardiaque, rupture du cœur ;

3. Dans l'épilepsie, l'élévation de la température se fait tout de suite, tandis qu'elle n'a lieu dans l'épilepsie que plusieurs heures après l'attaque ;

4. Dans l'urémie, le thermomètre baisse, tandis que dans l'apoplexie, il monte au bout de quelques heures;

5. On distinguera l'hémorrhagie cérébrale de la thrombose ou embolie à l'instantanéité du choc et à l'absence de phénomènes prémonitoires ;

6. Quand les malades ont eu avant l'attaque des céphalalgies, engourdissements dans les membres, vertiges, quelquefois même vomissements, on a tout lieu de croire à un arrêt du sang (thrombose) de préférence à une éruption ;

7. Dans l'embolie on a l'ictus bien net, bien grave, sans aucun avertissement ;

8. Quelquefois dans les tumeurs cérébrales, l'individu est frappé d'apoplexie, dans ce cas, l'attaque a été précédée d'une céphalalgie à siège fixe : strabisme, amblyopie. (LARAMÉE).

"SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC"

Séance du 5 février 1897.

Depuis longtemps les médecins de Québec s'accordaient à dire que l'existence d'une Société Médicale était devenue nécessaire pour la ville de Québec et les districts environnants.

Au mois de novembre dernier, un comité chargé de cette organisation se mit à l'œuvre.

Le 14 janvier, une réunion enthousiaste des médecins du district de Québec, tel qu'entendu par l'article 3973 des Règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province, se réunissaient à l'Université pour entendre le rapport du comité d'organisation et se constituer en société.

M. le Dr J. L. A. Simard, président du Collège des Médecins, appelé à la présidence, expose le but de l'assemblée, exprime toute la satisfaction que lui cause la fondation d'une société médicale à Québec, remercie cordialement tous les médecins qui se sont rendus à l'appel et félicite en particulier ceux qui sont partis de si loin pour s'associer à ce mouvement progressif. Aussi entrevoit-il pour la nouvelle société une longue existence féconde en heureux résultats.

Alors le secrétaire donne lecture du rapport du comité d'organisation, qui fut adopté à l'unanimité.

Ce rapport renfermait 1° Tout ce qui avait été fait pour assurer le bon fonctionnement de la nouvelle société ; 2° Un projet de règlement ; 3° Un memorandum que tout médecin devra signer avant de devenir membre actif.

On procéda ensuite à l'élection des officiers.

Les messieurs dont les noms suivent furent élus pour l'année courante :

Président honoraire.....Dr C. E. Lemieux, Québec.
" actif..... .....Dr J. M. Ahern, "
Vice-prés. honoraire.....Dr J. L. A. Simard, "
1er Vice-prés. actif.....Dr J. E. Ladrière, Lévis.
2e " " " .....Dr S. Bolduc, St-Michel.
Secrétaire.....Dr C. R. Paquin, Québec.
Assistant-secrétaire.....Dr P. V. Faucher, "
Trésorier.....Dr F. X. J. Dorion, "

Directeurs :—Les Drs L. Catellier, Arthur Vallée, J. P. Boulet, Alph. Marcoux, P. Coote, Albert Jobin, Arthur Potvin, tous de Québec ; Joseph Langlais, Trois-Pistoles, et Jules Constantin, Roberval.

Comité permanent d'organisation :—P. Coote, P. V. Faucher, Charles Verge, Réné Fortier, F. X. J. Dorion, Arthur Simard, Albert Jobin.

Alors le nouveau président monte au fauteuil au milieu des applaudissements enthousiastes de toute l'assemblée. Il remercie les membres de cette marque de confiance et exprime tout l'intérêt qu'il porte à ces genres d'association. Il croit qu'il est temps à la fin du 19e siècle que l'on songe à fonder une Société Médicale à Québec. Il est vrai qu'on a déjà organisé ici quelques-unes de ces Associations, mais l'apathie des membres de la profession, le manque d'enthousiasme toujours si essentiel au soutien de ces sociétés, ont fait qu'elles se sont bientôt dissoutes, en rendant plus apathiques encore les mieux disposés. Il entretient l'espoir que la Société Médicale de Québec aura un bien meilleur avenir, vu qu'il y trouve tous les éléments d'une entreprise durable.

Hier encore, il était forcé de dire aux confrères étrangers que Québec ne possédait aucune Société Médicale. Désormais nous serons fiers d'affirmer l'existence de celle que nous établissons ce soir sous le nom de "Société Médicale de Québec."

Mais il ne suffit pas de la faire naître, il faudra l'alimenter. Pour cela, soyons enthousiastes ; que chacun sache y apporter son temps et son travail et surtout soyons assidus, car c'est par le travail, l'enthousiasme et l'assiduité que nous réussirons.

Alors il fut proposé par le Dr Catellier, secondé par le Dr J. P. Boulet, que le titre de Président honoraire de la Société Médicale de Québec soit offert au Dr C. E. Lemieux, le doyen de la faculté de médecine à Québec.—Adopté à l'unanimité.

Proposé par le Dr M. D. Brochu, secondé par le Dr Alb. Marois, que les remerciements les plus sincères soient offerts au comité chargé de l'organisation de cette société pour le zèle et l'activité qu'il a déployé dans l'accomplissement de ses travaux.—Adopté par de vifs applaudissements.

Proposé par le Dr S. Geo. Paquin, de Portneuf, secondé par le Dr Arthur Lavoie, Sillery, que des remerciements soient offerts à M. le Dr J. L. A. Simard pour avoir présidé à la formation de cette société et de plus que c'est avec reconnaissance que nous avons appris que l'Université Laval mettait généreusement à notre disposition l'usage de cette salle et promettait de faire tout ce qu'elle pourrait pour assurer le succès de notre association.

Cette motion fut couverte d'applaudissements prolongés.

Viennent plusieurs motions d'usage, puis le président annonça pour la prochaine séance une conférence sur les Rayons X, par Mgr J. C. K. Laflamme, avec expérience et production de cas pathologiques. Après un dernier appel du président à la bonne volonté de tous, la séance est ajournée à la 3ème semaine du mois de février.

Les travaux de chaque assemblée seront toujours annoncés un mois d'avance, afin de permettre aux membres de se préparer à la discusssion de ces sujets.

Tout membre est prié de produire aux assemblées de chaque mois les cas pathologiques intéressants et les observations de sa pratique qu'il jugera à propos de communiquer.

La société sera toujours heureuse de prendre en considération les difficultés de la pratique que ses membres voudront bien lui soumettre.

Une copie des règlements sera adressée à tous les membres dès que la société les aura jugés suffisamment complets pour les faire imprimer.

Voici une copie du mémorandum présenté par le comité d'organisation et adopté à l'unanimité.

CONSTITUTION DE LA "SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC"

I.—L'association aura pour nom : SOCIÉTE MÉDICALE DE QUÉBEC.

II.—Le but de la société sera l'avancement des sciences médicales et des sciences accessoires, le maintien des intérêts professionnels par tous les moyens que la société trouvera bons.

III.—Le bureau enregistré sera à Québec.

IV.—Le lieu des réunions sera dans les salles de l'Université Laval.

V.—Les assemblées générales auront lieu une fois par mois.

VI.—La société se composera de membres "Actifs, Correspondants, Honoraires."

Sera membre "Actif" tout médecin autorisé, enregistré et dûment qualifié, résidant dans le district de Québec, tel que compris par le Collège des Médecins et tout autre médecin également autorisé demeurant hors du district, désirant devenir membre.

Sera membre "Correspondant," tout médecin qui, ne pouvant devenir membre actif, aura fait part à l'Association de quelque travail important sur un sujet professionnel.

Sera membre "Honoraire," toute personne de haute valeur professionnelle ou scientifique autre que les membres actifs ou correspondants.

VII.—Les termes et les conditions d'admission ou d'expulsion des membres seront prescrits par les règlements ou par le Conseil dont le rapport sera sujet à l'approbation de la Société en assemblée générale.

VIII.—Il sera exigé de tout membre lors de son admission une contribution annuelle de un dollar.

IX.—Les affaires de la Société seront redigées par un conseil composé de neuf membres (9) nommés annuellement par l'assemblée qui en déterminera les devoirs et les pouvoirs.

X.—La Société pourra recevoir les dons faits par les membres de l'association ou par toute autre personne s'intéressant au progrès des sciences et de l'art médical.

XI.—La Société par son Conseil pourra affecter sur ses biens, tel montant qu'il lui plaira pour atteindre le but de la Société, soit sous forme de prix offerts pour des concours organisés à cet effet ou de toute autre manière qu'elle déterminera en temps opportun.

XII.—Les biens et revenus de la Société ne pourront être affectés qu'à atteindre le but de la Société.

XIII.—Les séances de l'assemblée seront consacrées exclusivement aux questions qui intéressent la profession médicale.

XIV.—La Société pourra encore s'intéresser dans l'avenir à la publication d'un journal qui sera dans ce cas le journal de la Société, ou à la publication occasionnelle de ses minutes, règlements ou travaux faits devant la Société.

XV.—Aucun membre ne pourra publier ailleurs que dans les journaux de médecine, toute communication faite à la Société.

XVI.—Tout membre sera tenu de se soumettre aux règlements de la Société.

XVII.—La Société pourra être dissoute : 1° par le consentement unanime de ses membres ; 2° lorsque le nombre des membres actifs sera moins de cinq.

XVIII.—Au cas d'une telle dissolution de la Société, tous ses biens (argent ou documents) deviendront la propriété de l'Université Laval en reconnaissance des services rendus à la profession médicale par cette institution.

XIX.—Les étudiants en médecine des Universités pourront être invités aux assemblées mensuelles.

Séance tenante, les médecins dont les noms suivent signèrent la constitution.

L. J. A. Simard	Québec
L. Catellier	"
Arthur Vallée	"
P. Coote	"
J. P. Boulet	"
L N. Fiset	"
Arthur Potvin	"
F. Boulanger	"
P. H. Bédard	"
G. E. Martineau	"
C. Verge	"
R. Fortier	"
P. V. Faucher	"
M. Ahern	"
Alb. Marois	"
M. D. Brochu	"
E. Laberge	"
Ed. Lebel	"
Arthur Simard	"
Alph. Lessard	"
Art. Robitaille	"
F. X. Dorion	"
Alph. Marcoux	"
A. Mathieu	"
C. R. Paquin	"
S. Bolduc	St-Michel, Bellech.

Arthur Lavoie.....Sillery
J. B. Blouin.....Montmagny.
J. A. E. Bédard.....Ancienne Lorette
Jules Constantin.....Roberval
Azarie Bédard.....Jeune Lorette
Michel Moreau.....
S. Geo. Paquin .....Portneuf
Alf. Morisset..... Ste-Hénédine
Thos. Savary.....Pont-Rouge
C. S. Roy.....Mastaï, Beauport
M. H. Brophy.....Ste-Foye
L. P. Legendre.....Ste-Croix
Armand Marcotte.....St-Basile
F. Joseph Langlais.....Trois-Pistoles
Joseph V. Côté.....Cap St-Ignace
J. M. MacKay.....Ste-Foye.

Séance du 25 février 1897.

Le Président occupe le fauteuil. Le procès-verbal est lu et adopté. Les médecins dont les noms suivent sont admis à faire partie de la Société.

J. P. Deblois .....Château-Richer
J. A. Dufresne.....Deschambault
Auguste Hamel.....Québec
Henri Simard.....St-Jean Port-Joli
J. A. Bourget.....Lévis
Eugène Larue.....St-Flavien
J. Guérard .....Québec
Eugène Paquet.....
P. Synott.....Eboulements
Tancrède Fortier.....Ste. Marie, Beauce
N. A. Sirois.....Fraserville
Art. Hébert.....St-Raymond
Jules Taschereau.....St-Joseph, Beauce
Henri Lacoursière.....St-Victor
C. E. Vaillancourt.....St-Anselme
J. Z. Triganne.....Ste-Julie, Somerset
L. H. Sirois.....St-Ferdinand
Philippe Lord.....Lévis
B. E. Lahaye.....Frampton
Jos. Théberge.....St-Thomas
Philippe Picard.....Fraserville
Malcolm Genest.....St-Bernard
F. P. Boulanger.....Lévis
Lauriault.....St-Antoine.

Le Dr J. B. Blouin de Montmagny est élu Vice-Président de la Société pour remplacer le Dr J. E. Ladrière qui n'a pu accepter cette charge pour raison personnelle.

Mgr J. C. K. Laflamme, recteur de l'Université, qui devait faire tous les frais de la séance au moyen des rayons X, ne pouvant pas ce soir là se rendre à sa promesse pour cause de santé, le Président, le Dr M. Ahern, se chargea d'intéressser une asssemblée fort nombreuse avec la génération spontanée et l'asepsie. Inutile de dire que cette question fut traitée de main de maître. Toutefois Mgr Laflamme, que ce sujet intéressait énormément, s'étant rendu à la séance, trouva le moyen d'ouvrir une discussion très subtile et très intéressante à laquelle prirent part le Président et le Dr L. J. H. Simard, professeur de physiologie. Alors le recteur communiqua à l'assemblée une lettre de Paris, remerciant la Faculté Médicale de Québec pour sa généreuse souscription au monument Pasteur.

La prochaine séance fut fixée au 24 mars. C'est à cette séance que Mgr Laflamme donnera sa conférence sur les rayons X avec expériences et production de cas pathologiques.

Les membres sont invités à produire à cette séance tout ce qui pourrait toucher à cette question.

C. R. PAQUIN, M. D.,
Secrétaire.

Greffe osseuse dans les fractures.—PHELPS, dans une communication à l'Académie de Médecine de New-York, après avoir relaté un cas, parle du traitement des fractures dans le cas où les os n'arrivent pas à se souder. Il rappelle les tentatives qu'il a faites depuis 1890, pour arriver à un bon procédé. Sa méthode actuelle et qu'il emploie avec beaucoup de succès, consiste à prendre de nombreuses esquilles sur la jambe d'un chien et de les greffer dans le sens longitudinal. Ces esquilles deviennent des centres d'ossification et agissent d'une manière analogue aux lambeaux employés dans la greffe cutanée. Dans un cas, il a pris les esquilles nécessaires sur le genou d'un autre malade chez lequel une résection avait été pratiquée. Sur onze cas, l'opération a réussi huit fois.

Le professeur GRANCHER, de Paris, dans une clinique récente donnée à l'Hôpital des Enfants Malades, sur le diagnostic bactériologique et le diagnostic clinique de la diphtérie, a approuvé pleinement les conseils suivants, de MM. SEVESTRE et MARTIN : " Dans les cas d'angine, lorsque l'examen clinique révèle manifestement l'existence d'une diphtérie non douteuse, il faut, sans hésitation et le plus tôt possible, faire une injection de sérum. Lorsque l'angine est légère, au début, on peut, en général, attendre le résultat de l'examen bactériologique, mais à la condition de surveiller le malade avec beaucoup de vigilance et de se tenir prêt à faire l'injection pour peu que le mal fasse des progrès. Dans le croup caractérisé, le sérum doit être injecté le plus tôt possible... Bien plus, l'injection doit être faite même si les signes du croup sont encore incertains et pour peu qu'il existe quelques symptômes pouvant faire craindre l'envahissement du larynx... Même dans les cas où l'angine fait défaut et si on a quelque raison de craindre un croup d'emblée, il est préférable de faire une première injection, sans attendre le résultat de l'examen bactériologique."

SOCIÉTÉ DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Séance du 5 mars 1897.

Dr NORMAND, de Trois-Rivières, au fauteuil.

Vomiques chroniques d'origine pleuro-pulmonaire.

Le Dr LAMARCHE présente à la Société un malade dont l'état général est assez satisfaisant mais qui, lorsqu'il a un accès de toux, rend par la bouche une quantité considérable de pus. Il peut même, en toussant à volonté, déterminer une vomique. Le patient a souffert, il y a dix-huit ans, d'une maladie grave de la poitrine. Est-ce une pneumonie ? est-ce une pleurésie ? Les renseignements donnés par le malade ne sont pas assez clairs pour porter un diagnostic probable. Depuis cette maladie, il a toujours toussé ; puis l'expectoration, peu à peu et lentement, est devenu plus abondante. Mais il n'a jamais cessé de travailler, excepté à de courts intervalles. Il y a deux ans, cependant, comme il maigrissait et se sentait plus faible, il se rendit à Denver, dans le Colorado. On lui conseilla de revenir dans son pays sans l'éclairer davantage sur la nature de sa maladie. Son état s'est alors aggravé ; il toussait nuit et jour, de manière à ne pas dormir vingt minutes de suite, et rendait beaucoup de matière. Un ami lui conseilla de prendre de la glycerine dans du wiskey ; il en fit usage ; sa toux se calma, ainsi que l'expectoration ; il engraissa rapidement de neuf livres ; son appétit devint meilleur. Aujourd'hui il se sent beaucoup plus fort, mais ne travaille pas cependant. Son sommeil est bon, il ne souffre d'aucune douleurs (il n'en a jamais eues), ne transpire pas la nuit ; il est constipé.

Le malade a une figure amaigrie ; les pommettes sont saillantes. Il n'est pas cachectisé cependant. Le côté droit de la poitrine est déprimé, les espaces intercostaux rentrent en dedans à chaque inspiration. La percussion donne de la matité sur toute la surface postérieure et latérale du lobe inférieur droit. Aux sommets, à l'auscultation, on n'entend que de légers craquements humides. Sur toute la surface mate, il y a absence de bruit respiratoire ; on n'entend que des frottements pleuraux. Absence de gargouillement, de souffle amphorique, d'égophonie, etc., Il y a du souffle au cœur à la pointe.

Il s'agit probablement d'une vieille pleurésie purulente qui s'est fait jour à travers le parenchyme pulmonaire et les bronches, ce qui arrive quelquefois, quand la pleurésie est inter-lobaire. Peut-être aussi s'agit-il d'un abcès du poumon à la suite de pneumonie. Aucun symptôme ne donne à penser que le pus vienne du foie ou de la colonne vertébrale.

Le cas est intéressant à cause de sa durée, qui met en évidence la grande tolérance du tissu pulmonaire à la suppuration. L'organisme du malade à aussi supporté merveilleusement bien ce surmenage. A l'analyse bactériologique,

on a trouvé des staphylocoques, des streptocoques, des coli-bacilles, mais pas de bacilles de Koch. L'on n'a pas constaté, au microscope, la présence de membranes d'hydatides ou de crochets d'échinocoques : il ne s'agit donc pas d'un kyste hydatique. Les vomiques ont une odeur fade, alliacée, mais non gangréneuse.

Ataxie locomotrice; sclérose en plaques; myélite diffuse.

Les Drs Benoit et Lamarche présentent à la Société trois malades du service du Dr Rottot, atteints tous les trois d'une maladie de la moëlle épinière à localisation différente. Obs. I.—M... est âgé de 42 ans. Il a été d'abord pilote, puis commis de magasin ; il a perdu, dernièrement, sa place dans une grande maison de commerce. C'est un alcoolique syphilisé il y a trois ans et non soigné. Sa santé, jusqu'à présent, avait été satisfaisante, il sentait, cependant, des crampes dans les gras de jambe. Sa vue diminuait depuis un an. Le 7 février, sur la rue, il est pris de faiblesse dans les jambes, de douleurs dans les mollets, dans le dos, de vertige, et se sentant très mal, il se fait conduire à l'hôpital. Il passe une nuit assez agitée ; douleurs dans les jambes, douleurs dans les côtés, en ceinture, et dans la région lombaire, vis-à-vis les reins. Ténesme vésical ; il se lève six à sept fois pour uriner. Le matin, il y a de l'œdème aux jambes, œdème qui disparaît dans la journée. Le malade se remet peu à peu de cette crise de douleurs nerveuses, et reste pendant quelques jours sous observation. La douleur dans les mollets persiste, s'étend aux talons ; le malade se plaint qu'il n'a pas de sommeil, qu'il a froid dans le dos, que sa mauvaise vue ne lui permet plus de lire. Pas d'abolition des réflexes rotuliens, ni d'atrophie musculaire, ni de contracture ; rien de particulier dans la marche. En somme, rien de bien caractéristique. Le malade reste sous observation. Mais quelques jours plus tard, l'examen du fond de l'œil, pratiqué par le Dr Foucher, révèle une névrite optique, et ceci nous met sur la piste. Les pupilles se dilatent à l'accomodation, restent immobiles à la lumière, (signe d'Argyll Robertson). Debout, les pieds rapprochés, les yeux fermés, le malade ne garde son équilibre qu'avec effort. De même, lorsqu'on le fait tourner rapidement sur lui-même. Nous avions affaire à une sclérose au début des cordons postérieurs de la moëlle, à une ataxie locomotrice d'origine syphilitique.

Obs. II.—P..., âgé de 30 ans, barbier, n'a jamais été malade jusqu'à il y a deux ans. Rien dans l'histoire de sa famille, rien comme antécédents personnels, du moins, d'après les renseignements fournis par le malade. Le premier symptôme qu'il a remarqué, c'est qu'il était moins sûr de ses mouvements, que sa main tremblait, lorsqu'il voulait raser ses clients. Puis l'appétit a diminué ainsi que le sommeil ; la moindre émotion, la pensée seule d'avoir à raser un client difficile le faisait trembler. La nuit, il avait des cauchemars et des pertes séminales qui ont duré six mois. Tous ces symptômes se sont améliorés depuis quelques semaines. Il s'est fait traiter à un hôpital de cette ville, où l'on a porté le diagnostic de neurasthénie.

P... est entré à l'hôpital Notre-Dame, le 8 février 1897. Il se plaint de tremblements dans les mains et de faiblesse dans les jambes. L'appétit est bon,

les intestins sont réguliers, le sommeil à peu près normal. Il n'y a aucun symptômes d'intoxication (alcool, tabac, plomb, mercure); pas d'atrophie musculaire, pas de contraction, pas de troubles de la sensibilité. Aucun signe de paralysie ou de parésie des jambes ou des bras. Les réflexes rotuliens sont exagérés ; pas d'ataxie dans la marche. Les pupilles sont d'inégales grandeurs, la gauche plus dilatée que la droite, et réagissent à la lumière ; l'examen du fond de l'œil est négatif. Le parler est un peu traînant, mais pas embarrassé ; au dire du patient, il y a déjà eu du nystagmus et du vertige ; jusqu'ici, rien de bien apparent. Mais dès qu'on demande au malade de faire certains *mouvements volontaires* : étendre le bras, donner la main, toucher son nez du doigt, il est pris d'un tremblement en trépidation qui occupe tout le membre supérieur, et qui cesse complètement au repos. Le malade contrôle parfaitement la direction générale du mouvement, mais quand il donne la main, par exemple, plus on lui dit de serrer, plus il essaie de le faire et plus il tremble. Cela suffit pour porter le diagnostic de sclérose diffuse interstitielle, sclérose en plaques de la moëlle.

Obs. III.—L., est âgé de 48 ans. Quatre de ses frères sont morts très jeunes ; rien du côté de ses antécédents personnels. Le patient, qui est journalier, a travaillé tout l'automne dehors, exposé au froid. Vers la fin de décembre, le travail lui est tout à coup devenu très pénible. Il s'est senti pris de faiblesse dans les bras, de tremblements, de sueurs abondantes à la moindre fatigue ; des douleurs dans les jambes et les pieds sont apparues. Le soir, de retour de l'ouvrage, il était pris de violents maux de tête accompagnés de frissons, qui l'obligeaient à se mettre au lit sans manger, il a eu aussi des douleurs en ceinture. Les symptômes ont augmenté au point de l'obliger à quitter l'ouvrage, et le malade est entré à l'hôpital Notre-Dame, le 13 février 1897.

L. a l'air abattu. La tête et les membres sont agités de tremblements continuels qui augmentent lorsqu'on parle au malade ou qu'il ressent une émotion. Ce ne sont pas les tremblements de la paralysie agitante (pouce sur index, main sur ceinture, etc.). Le patient se plaint d'un mal de tête continuel, augmenté le soir. La vue est diminuée ; aucune lésion du fond de l'œil. Les mouvements de la pupille sont normaux. Surdité prononcée. Le parler est lent et embarrassé, légèrement tremblottant ; la langue ne tremble pas. Il y a de la faiblesse dans les jambes et les pieds ; pas de douleurs spéciales ; rien de particulier dans la marche ; peut-être est-elle plus lente et moins assurée qu'à l'état normal. Les réflexes tendineux sont plutôt amoindris. Les intestins sont très constipés ; rien du côté du sphincter vésical. Aucune trace d'intoxication. La main passée le long du rachis, avec une pression assez forte, rencontre dans la région dorsale et la région lombaire deux points très douloureux et parfaitement limités. Aucune trace d'atrophie musculaire ou de contracture. Les frissons du début, la constipation opiniâtre et les points douloureux du rachis font porter comme diagnostic : myélite diffuse.

Après examen des malades par les membres de la société, les diagnostics I et II sont acceptés à l'unanimité. L'observation III donne lieu à une discussion assez prolongée et le diagnostic est maintenu en suspens.

Un cas spécial d'avortement.

Le Dr TRUDEAU, retenu chez lui par un cas d'urgence, envoie à la société une pièce anatomique accompagnée de quelques notes La pièce consiste en une masse fibro-charnue, ovalaire, longue d'à peu près deux pouces, accompagnée d'un large morceau de membrane, et offrant à une extrémité une surface rugueuse, dépolie, par où la pièce paraissait s'insérer. Cette pièce, incisée sur toute sa longueur, a des parois assez épaisses ; l'intérieur renferme un embryon à peine gros comme une fève, et encore retenu par un cordon minuscule à la paroi de la cavité. Cette pièce provient de l'utérus d'une femme qui souffrait d'aménorrhée depuis 9 mois avec tous les autres signes probables de grossesse et légère augmentation du volume de l'abdomen jusqu'au commencement du 3ème mois, alors qu'elle a cessé de grossir.

Voici les notes.

Obs.—Mme X... est âgée de 26 ans et mariée depuis 8 ans. Elle a souffert étant jeune, d'adénopathie ganglionnaire et d'otite purulente. Fièvre typhoïde à 9 ans, chloro-anémie à 17 ans, mariée l'année suivante. Les règles établies depuis l'âge de 12 ans, ont une durée de 3 jours et une marche normale. La première année du mariage, douleurs pelviennes, vaginisme et ténesme vésical pendant 2 à 3 mois. A 19 ans, grossesse qui, au 2e mois, se complique d'un écoulement roussâtre à odeur fétide. Au 7e mois, à la campagne, elle accouche d'un morceau de chair de la longueur de 5 pouces sur 3 pouces de large ; le médecin n'a pas jugé à propos d'examiner la pièce. Bonnes relevailles. Deux ans après, nouvelle grossesse et fausse-couche à 3 mois, sans complication. Dans l'intervalle, menstrues régulières.

Mme X..., est devenue de nouveau enceinte il y a 9 mois; au 5e mois de sa grossesse, elle s'est plaint de perdre du pus et de ne plus grossir; l'écoulement a duré 5 jours. L'examen a révélé une légère rétroversion et une légère augmentation du volume de l'utérus. La malade s'est fait des injections chaudes depuis ce temps. La santé s'est maintenue bonne ; malgré une constipation assez prononcée, la patiente a engraissé de 15 livres. Mais l'abdomen n'a plus augmenté de volume. L'anniversaire de sa naissance étant survenu ces jours derniers, au 9e mois, par conséquent, de sa grossesse, suivant les dires de la malade, ses amis n'ont rien trouvé de mieux que de célébrer ses 26 ans par 26 bons coups de bascule. Le lendemain, appelé auprès de la malade prises de douleurs, le Dr Trudeau a retiré de l'utérus dilaté la pièce suivante, qui était adhérente sur une légère surface et qui, lorsqu'il l'a incisée, a laissé échapper du pus.

Est-ce bien un avortement suivi de rétention, datant réellement de quatre mois, et survenu au 5e mois d'une grossesse, comme le croit la malade ? L'embryon est bien peu développé. La malade n'a-t-elle pas eu, il y a cinq mois, un avortement qu'elle ignore ou ne veux pas avouer ; et l'accident pénible qui a suivi la célébration de l'anniversaire de sa naissance n'est-il pas l'interruption brusque, survenue en deça du 3e mois, d'une nouvelle grossesse ? Maintenant, quelle est la nature exacte de la pièce soumise à la Société ? L'embryon est là,

c'est ce qu'il y a de plus sûr; et il est très peu développé. Est-il enveloppé dans un placenta ayant subi une dégénérescence fibreuse ? L'arrêt de développement est-il dû à une dysménorrhée membraneuse, ou à une métrite spécifique ? Il est bien difficile pour les membres de la Société de répondre à ces questions avant que l'examen histologique de la pièce ait été fait, et que l'auteur de la communication aît pu obtenir de la malade de nouveaux renseignements. Il est intéressant de noter que c'est la deuxième maladie de ce genre que la malade subit, et qu'elle n'a jamais pu mener une grossesse à terme.

Diagnostic de la grossesse tubaire.

Le Dr Lamarche rapporte un cas de grossesse tubaire dont le diagnostic a été fait par le Dr Coyteux Prévost, d'Ottawa, et qui a été opéré la veille par ce médecin. La malade se plaignait de douleurs (tranchées) et de pertes sanguines. L'examen per vaginem révéla une augmentation du volume de la matrice et fit sentir, sur le côté de la cavité pelvienne, une masse résistante. La patiente ayant passé, à la fin de l'examen, une membrane ayant la forme de l'utérus (caduque), le Dr Prévost diagnostiqua immédiatement une grossesse tubaire et opéra avec succès la malade qui va très bien. L'abdomen était rempli de caillots et la trompe perforée. Celle-ci fut enlevée après ligature, avec l'ovaire, elle contenait un embryon de 2½ mois à peu près. Le Dr Lamarche présente aussi la pièce à la Société.

Fausse-couche d'origine probablement blennorrhagique.

Le Dr Derome présente, au nom du Dr Brennan, un fœtus de 6 mois, non macéré. La mère est entrée à l'hôpital il y a trois semaines, et l'on constata, à cet époque, que le fœtus était mort. On fit un tamponnement vaginal. Il y a six jours, après des douleurs accompagnées de tranchées, le cordon a fait procidence. On le refoule immédiatement ; tamponnement vaginal. Deux jours après, la fausse-couche survient, et le surlendemain, la malade étant anesthésiée, on procède au décollement du placenta qui est désagrégé et fibreux. La femme va bien. C'est une personne très intelligente, et il est impossible de lui faire subir un interrogatoire qui pourrait incriminer son mari ; mais il est fort probable que la blennorrhagie est la cause de cette fausse-couche par altération du placenta sans macération du fœtus. La femme n'a eu aucune maladie fébrile.

Résection du péroné pour fracture.

Le Dr Derome présente un bout de péroné long de cinq pouces qu'il a enlevé à un malade qui s'est fait une fracture complète de la jambe (tibia et péroné). Le périoste était trop lacéré pour en tenter la conservation, et le membre opéré est maintenu immobile. On fait tous les jours des pansements humides, et l'opéré va très bien. On compte beaucoup sur une ankylose tibio-tarsienne pour conserver un membre utile à la victime. Le cartillage des surfaces articulaires de l'astragale et du tibia a été en partie enlevé au moment de l'opération.

Le Dr JOYAL rapporte un cas de sa clientèle où la phalangette du pouce fut expulsée à travers un panaris. Le périoste étant resté en place, et n'étant pas altéré, l'os s'est reformé, et le malade a aujourd'hui son pouce complet.

Séance du 18 mars 1897.

Dr JOYAL, président, au fauteuil.

Un cas de cocaïnisme chronique

Le Dr DEROME rapporte l'observation d'une malade entrée à l'hôpital avec le diagnostic d'alcoolisme. Cette femme, mariée et âgée de 32 ans, présentait dans son ivresse certains symptômes qui attirèrent l'attention du Dr Derome, dont l'un des devoirs est de visiter deux fois par jour les patients privés. La perte d'appétit, la dyspepsie à peu près complète, l'insomnie tenace, le tremblement des mains, l'incertitude de la marche s'accompagnaient en outre d'hallucinations de la vue, de dilatation de la pupille, d'hébétude intellectuelle et de dépravation morale très prononcée. Ce dernier symptôme attirait d'autant plus l'attention que la personne avait toujours été d'un caractère paisible et modeste. La patiente maigrissait sensiblement depuis quelques mois. Le mari affirmait que sa femme n'avait aucune habitude d'intempérance. Le Dr Derome lui ayant demandé de s'assurer si elle ne prenait pas quelque drogue, il rapporta de chez lui une bouteille à moitié vide d'un remède patenté, le *Dr Agnew's Catharr Powder*. Cette poudre renferme de la cocaïne dans la proportion de $1\frac{3}{4}$ p. 100 ; le contenu de chaque bouteille pèse 80 grains. On applique le remède en insufflations dans les narines. La malade s'insufflait ainsi, chaque semaine, depuis l'automne, le contenu de trois de ces bouteilles. La dose thérapeutique est de $\frac{1}{4}$ à 1 grain. Sous l'influence du bromidia, le sommeil est revenu, et la malade prend régulièrement de la strychnine, sous forme de sirop d'Easton.

Le Dr JOYAL attire l'attention des membres de la société sur le cas de *thyroïdectomie partielle*, publié par le Dr Mercier, dans l'*Union Médicale*, livraison de février. Bien qu'il n'y eut pas d'exophthalmie, tous les autres symptômes énumérés laissent à croire que la malade souffrait de la maladie de Basedow. Il serait intéressant d'avoir de nouveaux renseignements sur la malade, car il pourrait bien se faire que l'on soit en présence du premier cas de goître exophthalmique opéré en Canada.

Le Dr JOYAL fait voir sous le microscope des *cellules cartilagineuses en voie de transformation osseuse*. Ces coupes histologiques ont été faites sur la tête de l'humérus d'un fœtus de quatre mois. Elles sont très bien réussies.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

L'ACIDE PICRIQUE ET SON EMPLOI.

A note on picric acid in the treatment of superficial burns and scalds, by d'ARCY POWER.—*Bristish Medical Journal*, Sept. 12th. 1896.

Picric, or carbazotic, acid as a therapeutic agent. especially in the treatment of certain inflammatory skin affections, by WILLIAM MACLENNAN.—*Bristish Medical Journal*, Dec. 26th, 1896.

A note on a few surgical uses of picric acid, by C. M. ALLAN.—*Bristish Medical Journal*, Feb. 20, 1897.

Le Dr. d'Arcy Power, chirurgien de l'hôpital des enfants à Chelsea, en Angleterre, avait déploré plus d'une fois l'inefficacité ou la lenteur d'action des traitements habituels des brûlures superficielles. Souvent ces brûlures s'occompagnent de beaucoup d'inflammation, sans raison apparente, et les pansements sont toujours douloureux lorsqu'on les renouvelle. Le Dr Thiéry, de France employait beaucoup, depuis un certain temps, le traitement à l'acide picrique, traitement que quelques uns de ses confrères cherchaient à vulgariser. Le Dr Power l'a employé depuis plus d'un an, dans sa pratique d'hôpital après avoir essayé un grand nombre d'autres, et il est venu à la conclusion que c'est le traitement le plus simple et le plus satisfaisant, malgré l'inconvénient qu'a l'acide picrique de colorer la peau et les linges.

On emploie une solution saturée d'acide picrique. Le Dr Power la prépare de la manière suivante :

Acide picrique.....	1½ drachme.
Alcool.....	3 onces.
Eau distillée.....	1 pinte (1000 grammes).

Il faut enlever les vêtements avec précautions, puis nettoyer complètement la surface brûlée ou échaudée avec un morceau de coton absorbant trempé dans la solution. On crève les ampoules pour faire sortir la sérosité, tout en prenant grand soin de respecter l'épithélium. On trempe ensuite des bandes de gaze stérilisée dans la solution d'acide picrique, et on les étend de manière à recouvrir toute la surface malade. On recouvre la gaze d'une couche mince de coton absorbant, et le tout est maintenu en place par un léger bandage de coton. Le pansement sèche assez vite ; ou le laisse en place trois ou quatre jours, puis on l'enlève en humectant bien la gaze, devenu très adhérente, avec la nouvelle solution d'acide picrique. Le second pansement peut rester en place toute une semaine.

L'acide picrique diminue la douleur et la tendance à la suppuration. Il coagule l'exudat albumineux, et la cicatrisation se fait sous une croûte composée de cellules épithéliales durcies par l'acide picrique. Il y a autant de différence, dit le Dr d'Arcy Power, entre la cicatrice souple et peu élevée qui en résulte et la cicatrice habituelle des brûlures, qu'entre la cicatrice chirurgicale actuelle et celle obtenue par nos prédécesseurs, qui laissaient granuler les plaies.

Le traitement par l'acide picrique est celui qui, jusqu'ici, lui a donné le plus de satisfaction.

Le Dr William Maclennan, assistant professeur de matière médicale et de thérapeutique à l'Université de Glasgow, frappé des excellents résultats que donne l'acide picrique dans le traitement des brûlures, a eu l'idée d'employer le médicament dans l'eczéma et l'érysipèle et le traitement s'est montré efficace.

Dans les cas d'eczéma aigu, notre confrère badigeonne abondamment la partie atteinte avec une solution saturée d'acide picrique. La démangeaison et la cuisson cessent aussitôt, et le médicament forme, au contact des surfaces ulcérées et suintantes, une couche protectrice composée de substances protéiques coagulées, de débris épithéliaux, sous laquelle la cicatrisation se fait rapidement. Au bout de quelques jours, lorsque cette croûte tombe, on trouve la peau sous-jacente parfaitement sèche, sans aucune rougeur, et recouverte d'un épiderme de nouvelle formation.

Ces mêmes badigeonnages avec la solution saturée d'acide picrique représenteraient, d'après l'expérience de notre confrère, le meilleur de tous les moyens locaux destinés à combattre l'érysipèle : ils empêcheraient l'extension du processus morbide et amenderaient la douleur et la cuisson mieux que ne le font l'acide phénique, les poudres inertes et l'ichthyol.

Le Dr Maclennan a aussi employé l'acide picrique à doses de 1 grain, contre la diarrhée simple chronique (diarrhée putride). Les propriétés astringentes et antiseptiques de l'acide diminuent les secrétions et désinfectent le canal. Bien que la composition de l'acide picrique soit très rapprochée de celle de l'acide carbolique, il n'offre pas les dangers d'absorption de ce dernier, quand on l'emploie localement. Mais ce qui empêchera beaucoup son emploi à l'intérieur, c'est qu'il colore le sérum du sang en jaune, et que le malade, dès qu'il a pris 15 ou 20 grains du médicament, a la peau et les conjonctives d'une teinte ictérique accentuée. La sécrétion de la bile n'est cependant pas dérangée, et cette coloration jaune cesse avec l'administration du médicament.

De son côté, le Dr Allan a pu constater, dans sa pratique d'hôpital, que l'acide picrique rend les plus grands services dans l'eczéma ulcéré de la jambe, et sur les plaies d'une certaine étendue. Il a vu même des plaies se cicatriser après que la greffe de Thiersch eut échoué. De plus, l'acide picrique en vaporisation est un excellent moyen d'arrêter les hémorrhagies qui surviennent dans les plaies ou après les amputations. On peut l'employer immédiatement après les applications d'eau chaude.

LE TRAITEMENT DE LA CHLOROSE.

Discussion sur le traitement de la chlorose.—(BARBIER, HUCHARD, LEGENDRE, FERRAND).—Société de Thérapeutique, séance du 24 février, 1897.—*Bulletin Médical*, 28 février 1897.

La Société de Thérapeutique de Paris a consacré toute sa séance du 24 février à la discussion du traitement de la chlorose. Le Dr Henri Barbier a d'abord présenté sur le sujet un rapport très complet dont nous donnons le résumé.

Parmi les maladies du sang qui portent le nom de chloro-anémies, il en existe une bien individualisée, apparaissant à la puberté, qui semble liée dans sa marche et dans son évolution à un terrain particulier, d'où une allure spéciale. C'est la chlorose. Une foule d'influences, y compris l'hérédité tuberculeuse, créent un terrain favorable à la maladie, qui aboutit à une diminution considérable de la résistance des globules rouges du sang. La chlorose est caractérisée par la *fragilité des hématies aux causes de destruction*, et par la diminution du taux de l'hémoglobine. Les éléments jeunes, néoformés, n'ont pas tendance à se transformer en globules adultes d'où l'abondance, démontrée par Hayem, dans le sang des chlorotiques de petits globules rouges, d'hématoblastes. Ces globules rouges incomplètement formés se détruisent facilement, et l'hémoglobine mise en

liberté est transformée par le foie puis éliminée par les urines. Ceci explique pourquoi *les chlorotiques perdent une certaine quantité du fer contenu dans leur sang*. On sait en effet que l'hémoglobine contient 4 milligrammes de fer par gramme ($\frac{1}{16}$ gr par 15 grains). Les chlorotiques ont donc un sang qui s'oxygène mal parce qu'il est pauvre en fer, et il est pauvre en fer parceque : 1o les globules rouges sont pauvres en hémoglobine ; 2° un certain nombre de ces globules se détruit chaque jour. D'après Hayem l'organisme perd 1.50 gramme (23 grains) de fer par jour.

Il faut donc, dit avec raison le Dr Barbier, dans un temps normal qui représente la durée maxima du traitement, rendre artificiellement au sang un fer assimilable en quantité suffisante pour compenser celui qui a été perdu antérieurement par l'organisme et celui qui est nécessaire à l'usure globulaire journalière. Le traitement, lorsqu'il est efficace, a deux effets : 1° il augmente le nombre des hématies ; 2° il perfectionne ces hématies, leur rend leur forme, leurs dimensions normales et leur richesse normale en hémoglobine. On controle les effets thérapeutiques par l'examen du sang.

On peut arriver à multiplier les globules rouges par une diète généreuse, une cure d'air, etc. Mais toutes ces méthodes ne sont qu'adjuvantes. Le seul moyen d'augmenter d'une manière permanente la teneur en hémoglobine des globules rouges, c'est de recourir au traitement ferrugineux, traitement qui doit être poursuivi jusqu'à ce que toutes les transformations heureuses soient effectuées et consolidées. Si, trompé par l'amélioration des symptômes, on cesse trop tôt le fer, la rechute est inévitable.

Le choix de la préparation ferrugineuse est important. Certaines préparations sont irritantes pour l'estomac ; tel le carbonate de fer, qui dégage de l'acide carbonique, ou la limaille de fer, qui donne naissance à de l'hydrogène qui peut être sulfuré lorsque la digestion est mauvaise. On donnera la préférence à un sel ferreux capable de se transformer dans l'estomac en chlorure ferreux : protoxalate, lactate ferreux, protochlorure, proto-iodure, citrate de fer ammoniacal, tartrate ferrico-potassique. On n'emploie pas les chlorures ferreux parce qu'on veut que ce corps se forme dans l'estomac même et soit absorbé à l'état naissant.

On doit commencer par une dose faible, donnée deux fois par jour, immédiatement avant le repas, pour arriver le plus vite possible à la dose utile et durable (6 grains de protoxalate de fer par jour.) Il est important de s'assurer : 1° que le médicament n'irrite pas l'estomac ; au besoin on l'associerait alors à un médicament tel que, gentiane, noix vomique, columbo, rhubarbe, alcalins, acide chlorhydrique ; 2° que le fer est bien digéré ; dans le cas contraire les féces prennent une coloration noire. Le traitement doit être *continué longtemps* en ayant soin, pour éviter l'intolérance, d'interrompre de temps en temps son usage pendant huit à quinze jours Il peut-être utile aussi de varier la préparation employée.

Les dyspepsies des chlorotiques dépendent très souvent du régime alimentaire ; le lait dans ces cas rendra des services. S'il y a trop d'acidité, on ajoute au fer la magnésie ; s'il n'y en a pas assez, on prescrit l'acide chlorhydrique dilué (1 cuillérée à soupe de la solution au 1000e après les repas, dans un verre d'eau sucrée).

Huchard résume ainsi le traitement de la chlorose : air, repos et fer. Peu ou pas de médicaments.

Legendre n'est pas en faveur du séjour dans les montagnes ou au bord de la mer. Les bains salés, pourvu qu'il n'y ait pas trop de sel, sont utiles.

Barbier a remarqué que les chlorotiques ont toujours de l'albumine à doses très faibles dans les urines. Huchard est d'opinion que c'est là une albuminurie dyscrasique qui n'a aucune importance.

LA DÉFENSE DE L'ORGANISME

La phagocytose, leçon bactériologique donnée à l'Institut Pasteur, par le Dr METSCHNIKOFF.—*L'Indépendance Médicale,* 17 février 1897.

De la phagocytose et du rôle physiologique des leucocytes, communication du Dr RANVIER, à l'Académie des Sciences, séance du 22 février —*Bulletin Médical,* 3 mars 1897.

L'envahissement de l'organisme par les microbes et leurs toxines, la défense des cellules vivantes contre cet envahissement, voilà une question qui domine à l'heure actuelle la science médicale et tient une place de plus en plus grande dans le cadre nosologique. Le Dr METSCHNIKOFF a donné, sur la seconde partie du sujet, la défense cellulaire, une leçon que nous résumons pour les lecteurs de l'*Union Médicale*. Elle est intéressante à plus d'un titre.

Ce qui caractérise la matière vivante, comme on sait, c'est le mouvement. Le Dr Metschnikoff explique d'abord, que c'est aussi grâce au mouvement que les microbes envahissent l'organisme. La pénétration d'un organisme, dit-il, dans un élément anatomique vivant ne peut être effectué que par un parasite doué de mouvements amiboïdes, ces mouvements amiboïdes sont indispensables.

D'un autre côté, certaines cellules des tissus sont douées de mouvement amiboïdes et peuvent absorber les organismes qui viennent à leur contact. Dans ces cas, les microbes, au lieu de détruire ces cellules, sont absorbés et détruits par elles. Dans la grande majorité des cas, le rôle actif appartient à la cellule qui saisit le microbe et l'englobe, grâce aux mouvements de propulsion et de retrait de son protoplasma. C'est ce qu'on appelle la phagocytose.

On donne le nom de phagocytose à une réaction spéciale de l'organisme contre l'invasion microbienne ; c'est une mesure de défense dont l'exécution est confiée a certaines catégories de cellules douées de mouvements amiboïdes, capables d'englober et de digérer les petits êtres dont la présence dans l'économie est un danger.

Les cellules douées du pouvoir phagocytaire sont appelées phagocytes ; elles sont les unes mobiles (globules blancs du sang et de la lymphe ou leucocytes), les autres fixes (cellules de l'endothélium qui tapissent les vaisseaux, les alvéoles pulmonaires, le péritoine, certaines cellules du foie, de la rate, des ganglions, de la moëlle des os, du tissu conjonctif). L'englobement du microbe pourra donc s'effectuer dans les organes comme dans le sang et la lymphe ; il sera même beaucoup plus efficace, car le leucocyte est fragile tandis que la cellule épithéloïde est beaucoup plus résistante.

Au point de vue histologique, les phagocytes se divisent en deux classes : 1°. Les *microphages*, qui représentent une certaine classe des globules blancs du sang (globules polynucléaires, à noyau segmenté et fortement coloré, à protoplasma incolore) ; 2°. Les *macrophages*, qui comprennent la seconde classe des globules blancs (globules mononucléaires, à noyau unique volumineux, à protoplasma coloré), et les cellules endothéliales, les cellules de la pulpe splénique, des ganglions, de la moëlle des os, les cellules fixes du tissu conjonctif.

Que les phagocytes soient microphages ou macrophages, leur action est la même ; seulement elle ne s'exerce pas simultanément. Les microphages sont les agents de la diapédèse ; ce sont eux qui transsudent à travers la paroi des vaisseaux pour venir lutter dans les tissus enflammés contre le microbe envahisseur ; dans les maladies infectieuses à forme aiguë et à marche rapide, le rôle des microphages est prépondérant. Les macrophages sont les défenseurs des organes ; ils jouent le principal rôle dans les affections chroniques, dans les maladies qui s'accompagnent de formations néoplastiques ; c'est ainsi qu'on les voit accumulés en grand nombre autour des nodules tuberculeux.

Dans le tissu cellulaire sous-cutané, la phagocytose s'exerce aussi très

activement, et le Dr Metschnikoff rapporte une expérience qui met bien en évidence le rôle des phagocytes. On prend les spores tétaniques qu'on a débarrassés de leurs toxines et on les inocule sous la peau d'un animal. Il se forme au point d'inoculation un exsudat, et voici ce qui s'y passe : les phagocytes disponibles de la région se portent instantanément sur ce point, leur nombre augmente sans cesse par une diapédèse très active, ils entourent les spores d'une barrière épaisse, poussent vers elles leurs prolongements amiboïdes, les saisissent, et l'on voit des éléments cellulaires englober jusqu'à 30 à 40 spores qui, dans ces conditions, seront réduites à l'impuissance ; l'animal en expérience ne présente d'autre phénomène morbide qu'une réaction locale assez intense.

Que faut-il pour que ces mêmes spores, inoculées, ne soient pas détruites et produisent le tétanos ? Il suffit d'empêcher l'action des phagocytes. "Enfermons, dit le Dr Metschnikoff, ces spores dans un cornet de papier ou au centre d'un petit amas de terre stérilisée, de sable ou de gélose, de façon à les protéger contre la voracité des phagocytes et insérons-les sous la peau d'un cobaye, nous verrons les phagocytes accourir en masse, s'accumuler autour de l'obstacle infranchissable qui les sépare des spores, mais grâce à cet obstacle mécanique les spores ne seront point englobées, elles vont germer, la toxine sécrétée diffusera à travers le parchemin, la terre ou la gélose et le cobaye succombera du tétanos."

Comment se fait-il que les microbes et leur toxines appellent à eux les phagocytes, les attirent ? Ceci est dû à la propriété qu'ont les phagocytes, d'apprécier la composition chimique du milieu qui les entoure, de telles sortes que certaines substances en dissolution dans ce milieu les attirent (*chimiotaxie positive*), tandis que d'autres semblent exercer sur eux une sorte de répulsion (*chimiotaxie négative*). Aussi, suivant les circonstances, c'est tantôt le microbe et tantôt la cellule qui triomphe. Lorsque le microbe est virulant et l'animal affaibli, les phagocytes se tiennent à distance et n'englobent point les microbes, la réaction locale est nulle ou très faible, mais l'animal meurt. Au contraire, lorsque le microbe est faible et la résistance organique augmentée, chez un animal vacciné, par exemple, les phagocytes accourent en masse, saisissent les microbes, les englobent et l'on observe au point d'inoculation une réaction locale très vive, diapédèse abondante, tuméfaction, rougeur, chaleur et formation du pus. L'intensité de cette réaction locale donne la mesure de l'intervention phagocytaire, elle est la sauvegarde de l'organisme et se trouve en rapport inverse avec la gravité de la maladie. Les sécrétions microbiennes exercent une chimiotaxie positive sur les phagocytes.

Par quel procédé les phagocytes, attirés par les toxines, triomphent-ils du microbe lui-même ? Par une espèce de digestion intra-cellulaire. Le noyau des cellules phagocytaires secrète en assez forte proportion un acide analogue comme composition chimique à l'acide urique et beaucoup plus bactérécide que l'acide acétique. Cet acide nucléïque, gardé en réserve dans la protoplasma, s'amasse autour du microbe englobé, l'entoure d'une petite masse sphérique et le détruit.

Ce procédé de destruction en milieu acide est le plus fréquent, mais il en est d'autres tout aussi efficaces : transformation fibreuse des cellules, transformation crétacée, dégénérescence calcaire

Le Dr Ranvier, dans sa communication à l'Académie des Sciences, a insisté sur le rôle physiologique des globules blancs (leucocytes). Ces leucocytes se portent en plus grand nombre vers les glandes dont l'activité sécrétoire est augmentée ; elles se chargent aussi de remplir les pertes de substance des tissus. Elles jouent donc un rôle important dans la nutrition normale et la cicatrisation.

LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE PAR LES BAINS D'AIR CHAUD.

The treatment of rheumatic affections, by the Tallerman-Sheffield hot-air apparatus, by JAMES STEWART and M. G. REILLY.—*The Montreal Medical Journal* March 1897.

Au mois de décembre dernier, M. Tallerman, de Londres, donnait à l'hôpital Victoria, devant un grand nombre de médecins de Montréal, deux démonstrations pratiques de l'emploi de son appareil à air chaud dans le traitement des affections rhumatismales chroniques. Depuis ce temps, on a fait un usage constant de cet appareil, qui consiste en une boîte ou l'on enferme le membre ou la jointure malade, et dans laquelle on produit une température sèche de 260° F. et plus. Ce mode de traitement ne produirait aucun effet local désagréable et soulagerait beaucoup le malade. Le résultat, dans les cas de *rhumatisme chronique*, serait plus favorable que par aucune autre méthode de traitement. Le numéro de mars du *Montreal Medical Journal*, contient, sur le sujet, une clinique du Dr Stewart et des observations rédigées par le Dr Reilly, médecin residant de l'hôpital Victoria, qui méritent d'attirer l'attention.

Voici d'abord les observations très résumées :

Obs. I.—Rhumatisme sous-aigu, datant de quatre mois. Arthrites multiples, intéressant surtout l'épaule, le genou et les espaces inter-vertebraux. Le malade reçoit 13 bains d'air chaud et laisse l'hôpital dans un état très satisfaisant ; il est grandement soulagé. La nutrition générale surtout est très améliorée.

Obs. II.—Arthrite blennorrhagique du genou droit, datant de quatre semaines. La marche ou la station debout sont impossibles. Après le troisième bain, le malade marche dans la salle sans qu'on lui aide. Après le vingtième bain, on lui donne son congé ; il n'a plus de douleur et le fonctionnement de la jointure est bon.

Obs. III.—Attaques répétées de rhumatisme sous-aigu, anémie, émaciation, arthrite du genou droit et de l'épaule, mouvements limités dans plusieurs jointures. Le traitement à l'air chaud soulage rapidement la douleur. La nutrition générale s'améliore d'une manière évidente.

L'appareil de Tallerman-Sheffield a différentes formes et différentes grandeurs, suivant le membre et la jointure qu'il s'agit de traiter : main, bras, coude, pied, jambe, genou ; il y a aussi un modèle pour le bassin. Celui qu'on emploie généralement dans les hôpitaux a été construit de manière à pouvoir traiter les extrémités et obtenir un bon effet général. L'appareil, cylindrique, est suffisamment long pour admettre le membre inférieur jusqu'à quelques pouces au-dessus du genou ; l'extrémité par où l'on introduit le membre est munie d'un rideau que l'on attache autour du membre ; l'extrémité opposée et les surfaces supérieures et inférieures du cylindre sont pourvues de valves qui permettent à l'humidité produite par l'évaporation de s'échapper au dehors et à l'air de rester sec.

D'après les rapports des hôpitaux, dit le Dr Stewart, les plus hautes températures auxquelles les patients ont été soumis variaient de 300° à 315° F. Et ce qui fait la grande valeur de la méthode Tallerman, c'est la possibilité de prolonger ces températures élevées pendant une heure et plus. On a traité expérimentalement un patient pendant plus de deux heures, à une température de 260° F. environ, sans autre malaise qu'une lassitude survenue le lendemain ; la peau n'était pas inflammée davantage ni hyperesthésiée et l'on put la frotter vivement avec une serviette après l'application. Les effets thérapeutiques sont : relachement des tissus malades, transpiration abondante sur tout le corps

augmentation énorme de la circulation et élévation de la température du corps de 1½° à 4° F. Ce dernier effet est en contradiction avec la croyance communément adoptée, que la température du corps ne peut pas être augmentée par une application locale de chaleur. C'est un effet remarquable qui pourrait bien avant longtemps, comme le croit Tallerman, être utilisé d'une manière efficace dans le traitement de maladies autres que celles auxquelles on l'applique aujourd'hui, telles que : rhumatisme aigu, sous-aigu et chronique, goutte aiguë et chronique, arthrite rhumatismale, entorse, jointures raides et douloureuses, goutte, sciatique rhumatismale, lumbago, névrite périphérique, névrite goutteuse, etc...

Le traitement Tallerman a été expérimenté dans les principaux hôpitaux de Londres et d'ailleurs, et pendant les trois années d'études auxquelles ont l'a soumis, on s'est convaincu que l'on peut appliquer le traitement avec succès, même lorsqu'il y a une grande débilité, que le cœur est faible ou malade et les reins touchés. Le traitement, dès le début de l'application, soulage les douleurs rhumatismales et autres ; son action calmante est tellement prononcée que, pendant son application même, certains patients dormiraient si on les laissait faire. Aussi l'insomnie causée par les douleurs du rhumatisme est-elle soulagée et les patients peuvent reposer la nuit.

LA GRAVELLE INTESTINALE

La lithiase intestinale et la gravelle de l'intestin, communication du Dr DIEULAFOY à l'Académie de Médecine de Paris, séance du 9 mars.—*Bulletin Médical,* 10 mars 1897.

Voici les conclusions de la communication du Dr Dieulafoy, à l'Académie de médecine de Paris, séance du 9 mars.

1°—Il y a une lithiase intestinale comme il y a une lithiase biliaire et une lithiase urinaire ;

2°—La lithiase intestinale peut être formée de sable, de graviers et même de calculs ;

3°—Ce sable, ces graviers, ces calculs sont composés de matière organique stercorale et de matière inorganique, dans laquelle les sels de chaux et de magnésie ont la place prépondérante. Les matières organique et inorganique sont associées en proportion variable ;

4°—La lithiase intestinale est très souvent accompagnée d'entéro colite muco-membraneuse ;

5°—Au point de vue de sa pathogénie, la lithiase intestinale fait souvent partie de la diathèse goutteuse ; il y a une gravelle intestinale diathésique au même titre que la gravelle urinaire et la gravelle biliaire. Par contre, il y a des cas de lithiase intestinale qui ne peuvent pas plus être rattachés à la diathèse goutteuse que certains cas de lithiase urinaire et biliaire ;

6°—La lithiase intestinale peut ne révéler sa présence par aucun symptôme spécial, mais le plus souvent elle donne lieu à des crises abdominales très douloureuses, véritables coliques intestinales lithiasiques, dont la durée et l'intensité sont variables ;

7°—Ces coliques intestinales lithiasiques sont suivies de l'émission de sable, graviers, de débacles sableuses, avec ou sans matières glaireuses ou membraneuses ;

8°—Les coliques intestinales lithiasiques ne doivent être confondues ni avec les coliques hépatiques, ni avec l'appendicite.

LE STROPHANTUS COMME TONIQUE CARDIAQUE ET DIURÉTIQUE.

Le strophantus dans les maladies du cœur, rapport du Dr BUCQUOY, à l'Académie de Médecine.—*Abeille Médicale*, 6 mars 1897.

Le codex vient de donner sa consécration à ce médicament qui a pris dans la thérapeutique des cardiaques une place importante depuis les travaux de Fraser et de Bucquoy. Le clinicien français, en parfait accord, d'ailleurs, avec le professeur d'Edimbourg, nous a donné sur ce sujet une étude magistrale, basée sur plus de cent observations, avec tracés à l'appui, et qui demeure le vade mecum du praticien. Nous la résumons d'après le bulletin de l'Académie de médecine.

Un jeune malade de 19 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 26 octobre, pour des accidents cardiaques consécutifs à des attaques de rhumatisme héréditaire et qui se répètent chaque année.

Palpitations, douleur au cœur, enflure passagère des jambes, oppression habituelle, dyspnée au moindre effort, grande faiblesse. Diagnostic : endocardite mitrale avec le souffle systolique de l'insuffisance. Pendant deux jours de repos le pouls est pris au sphygmographe et la quantité d'urine de 24 heures bien mesurée. Puis on donne trois granules d'extrait de strophantus.

Dès le premier jour, la diurèse augmente et d'un litre l'urine monte à 2 litres ½ le second jour, 3 litres le troisième jour. Elle s'élève à 3 litres et ½ et 4 litres lorsqu'on donne quatre granules, et pendant dix-sept jours que dure la médication strophantique, la diurèse se maintient et la courbe s'abaisse progressivement après la cessation.

La courbe du pouls présente une disposition inverse de celle de l'urine. Il descend successivement et les tracés sphygmographiques montrent qu'il a pris plus de force.

Cette observation, dit M. Bucquoy, réalise l'ensemble des effets thérapeutiques du strophantus : augmentation d'énergie de la systole cardiaque, action diurétique et ralentissement du pouls. Dès le lendemain du traitement le malade se sentait mieux, il retrouvait le sommeil perdu, la dyspnée avait cessé et la faiblesse disparut.

Dans vingt cas de *lésions mitrales* les effets ont été en général aussi remarquables. Les phénomènes les plus graves cèdent avec rapidité. Les urines deviennent plus abondantes, les œdèmes et les congestions disparaissent, le pouls se relève et diminue de fréquence, l'oppression et les palpitations sont moindres et le malade accuse souvent une sensation de bien-être depuis longtemps inconnue.

Il a obtenu aussi de ces améliorations rapides dans bon nombre d'*asystolies* liées, soit à l'insuffisance mitrale simple, soit à l'insuffisance combinée au rétrécissement mitral.

Dans les cardiopathies de l'*enfance*, l'extrait de strophantus donne d'excellents résultats et est très bien toléré.

Dans les *lésions aortiques*, *l'insuffisance aortique*, *les lésions athéromateuses des artères*, l'extrait de strophantus a donné des effets remarquables chez des sujets assez jeunes encore pour que le cœur puisse réagir. Les tracés montrent le relèvement du pouls et l'augmentation de la diurèse.

Dans l'*angine de poitrine*, de formes et d'origines diverses, l'extrait de strophantus a fait disparaître les accès, là même où les médicaments les plus divers avaient échoué pendant des années. Un cas bien frappant est celui d'un médecin qui depuis quatorze mois prend chaque jour quatre granules d'extrait de strophantus. Les accès d'angine de poitrine fréquents et violents, qui ne cédaient qu'aux injections de morphine et sur lesquels la spartéine, la caféine, la trinitrine n'avaient produit que peu de soulagement, ont cédé à cette médi-

cation. Le pouls est devenu plus fort et plus régulier, le sommeil fréquemment interrompu par des cauchemars et des palpitations est devenu plus calme et réparateur.

Trois ou quatre fois, il a essayé d'interrompre ce traitement, mais aussitôt il sentait revenir dans le bras gauche les fourmillements, indices de nouveaux accès, les cauchemars et les suffocations, ainsi que les palpitations au moindre effort. Comme la tolérance de l'estomac est parfaite, que l'iodure de sodium est mal supporté, je conseille à notre confrère de continuer, avec de courts temps d'arrêt, le médicament qui lui a si bien réussi et qu'il croit lui avoir évité le retour de ses terribles accès et de son asystolie imminente.

En résumé, dit M. Bucquoy, nous pouvons conclure de toutes ces observations que l'extrait de strophantus est un médicament cardiaque de premier ordre. La facilité avec laquelle il est toléré permet d'en continuer longtemps l'emploi. L'accoutumance n'en détruit pas les effets. Il ne s'accumule pas dans l'économie comme la digitale ; il n'exerce pas non plus sur l'estomac l'action nauséeuse qui oblige souvent à abandonner la digitale. Le seul symptôme d'intolérance observé est un peu de diarrhée, sans colique, et qui cesse avec la suspension du médicament.

Après avoir d'abord employé la teinture il y a renoncé parce qu'il l'a trouvée infidèle.

Les teintures, dit-il, contiennent des quantités variables de substance active. La qualité et la provenance du strophantus, le mode de préparation, etc., influent beaucoup sur la composition du remède. La teinture a même été préparée quelquefois avec des semences épuisées et un médecin des hôpitaux de Paris en a administré jusqu'à 80 gouttes sans obtenir d'effets sensibles. Il a donc adopté l'usage de l'extrait qui lui a donné des résultats toujours identiques et souvent remarquables.

La dose quotidienne est en général de 4 granules pris à intervalles égaux en commençant par 2 granules le premier jour, puis 3 et 4 les jours suivants. Cette dose est bien tolérée, ses effets sont complets. Une dose plus élevée paraît moins efficace et peut provoquer la diarrhée.

M. Dujardin Beaumetz et M. Hérard confirment en tous points les conclusions de M. Bucquoy.

M. Germain Sée a employé la strophantine cristallisée. Mais il reconnaît qu'elle est loin de produire l'ensemble des effets de l'extrait de strophantus. Elle produit bien l'action tonique sur le cœur, mais dans aucun cas il n'a obtenu avec elle le soulagement de la dyspnée, ni diurèse, ni par conséquent diminution de l'œdème.

" M. Constantin Paul intervient à son tour : Voilà un an, dit-il, que j'expérimente chaque jour le strophantus qui est une bonne acquisition pour la thérapeutique. J'ai employé d'abord une teinture, mais j'y ai bientôt renoncé pour me servir des granules de M. Catillon. L'extrait m'a paru plus actif que la strophantine. Il est diurétique dès le premier jour. Il exerce une action tonique sur le cœur et n'en a presque pas sur la fréquence du pouls. Les cas où il rend le plus de services sont ceux des maladies valvulaires des orifices auriculo-ventriculaires, à la période des hydropisies. On peut alterner son emploi avec celui de la digitale quand celle ci a produit son effet et qu'elle cesse d'être tolérée. "

LA PERTE DE MÉMOIRE DANS L'ÉPILEPSIE ET L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

De l'amnésie rétrograde dans l'épilepsie, (Séglas, Charpentier).—Communication à la Société de Médecine Légale, séance du 8 mars 1897.—*Bulletin Médical.* 10 mars 1897.

C'est la règle générale que l'épileptique, revenu d'une attaque, ne se rappelle plus ce qui s'est passé. Il peut arriver, dans certains cas particuliers, que

cette perte de mémoire soit incomplète, et que le malade, même durant l'attaque conserve un certain degré d'activité consciente. Mais l'on a toujours considéré, l'amnésie épileptique comme intéressant la durée seule de l'attaque ou, à la rigueur, les quelques instants qui la précèdent. Le Dr SÉGLAS affirme que la perte de mémoire peut être rétrograde, et s'étendre aux quelques heures qui ont précédé l'attaque épileptique.

L'auteur cite deux malades observés par lui qui, à la suite d'attaques épileptiques survenues à 10 heures ou à midi, ne se rappelèrent plus ce qu'ils avaient fait depuis le matin.

L'amnésie rétrograde peut avoir de l'importance en médecine légale; des faits entrepris et exécutés par un épileptique avec la conscience qu'il possède en son état habituel peuvent être oubliés par lui à la suite d'un ictus. Dans ce cas, à l'interrogatoire, si l'on ne pense pas à cette forme spéciale de l'amnésie, on pourra croire ou que l'individu est un simulateur ou, au contraire, que les faits antérieurs à l'accès font partie de la phase épileptique. L'expert ne pourra éviter l'une ou l'autre de ces erreurs que par une observation et un examen minutieux du malade et en étudiant avec soin les caractères de l'amnésie.

Le Dr CHARPENTIER a fait remarquer que dans l'éclampsie des femmes enceintes, l'amnésie présente les mêmes caractères que ceux signalés par le Dr Séglas chez les épileptiques. Lorsqu'une éclamptique sort de sa crise, pendant un certain temps elle a perdu le souvenir non-seulement de cette crise, mais même de faits antérieurs. C'est ainsi que fréquemment elle oublie son accouchement et même sa grossesse, et repousse son enfant en disant qu'il ne peut être à elle, puisqu'elle n'était pas enceinte. A signaler aussi qu'elles oublient toutes leur nom et leur adresse.

Rhumatisme articulaire aigu. (JACCOUD).—1. Les gens obèses ont la circulation en imminence de fatigue, parce qu'ils ont le cœur en imminence de parésie ;

2. Chez les gens obèses le pronostic du rhumatisme aigu est d'une gravité presque absolue ;

3. La pleurésie et la pneumonie ont réellement une relation avec la péricardite et non pas avec l'endocardite ;

4. Quand le rhumatisme présente la péricardite comme accident primitif, c'est dans ce cas que l'on doit s'attendre à la pleurésie ou à la pneumonie ;

5. Le salicylate de soude est-il utile pour combattre les manifestations viscérales du rhumatisme ? Ce n'est pas probable ;

6. De l'aveu de tous, le salicylate de soude ne peut rien contre les accidents cérébraux du rhumatisme ;

7. Le salicylate de soude peut-il favoriser l'éclosion des accidents cérébraux ? probablement non, mais ce dont JACCOUD est sûr, c'est qu'il ne guérit pas ces accidents ni ne les prévient. (LARAMEE.)

Préparation d'iodure de potassium pour prévenir l'iodisme. (SPENCER) : —

Iodure de potassium		1 once.
Ferro-citrate d'ammonium.		1 drachme.
Teinture de noix vomique		2 drachmes.
Eau distillée.		1 once.
Teinture de quinquina	q. s.	6 onces.

M. D. S.—A prendre, après chaque repas, par cuillerée à café dans un demi-verre d'eau.

N. B.—La teinture de noix vomique et le citrate de fer combattraient la tendance au coryza et agiraient en temps comme toniques.

CHIRURGIE.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DU GOITRE EXOPHTHALMIQUE

Par le Dr Ch. Abadie, de Paris.

La glande thyroïde, entrée depuis peu d'années dans le domaine médical, attire de plus en plus l'attention des médecins et des chirurgiens. A ce titre, nous nous faisons un plaisir de reproduire en entier l'excellent article du Dr Abadie, article publié dans la *Presse médicale*, et dont l'auteur nous a fait parvenir une copie avec prière de la porter à la connaissance des lecteurs de l'*Union Médicale*.

Récemment, à la Société Médicale des Hôpitaux, le professeur Debove a communiqué le fait suivant : une jeune fille de son service, atteinte de goître exophtalmique à forme grave fut opérée par Lejars. On lui enleva le lobe droit du corps thyroïde ; l'opération, très bien conduite, ne donna lieu à aucun incident, et néanmoins, le soir même, la malade succombait sans que rien pût expliquer sa mort.

Dans les leçons cliniques de Brissaud sur les maladies du système nerveux, il est aussi question d'une malade atteinte de goître exophtalmique, chez laquelle le professeur Poncet, de Lyon, pratiqua une opération d'apparence bénigne, simplement la mise à nu du corps thyroïde (exothyropexie) ; cette malade succomba également, sans qu'aucun symptôme permit de prévoir cette terminaison funeste.

Allen Starr, dans un travail de statistique important, publié en avril 1896, dans le *Medical News*, rapporte que sur 190 basedowiens opérés par thyroïdectomie partielle, il y eut 33 *morts immédiates*.

D'autre part, chez une malade atteinte de maladie de Basedow, Jaboulay, sous l'influence des idées subordonnant la triade symptomatique à la perversion de la sécrétion thyroïdienne, se décida à une thyroïdectomie du lobe droit. Trois mois après, il dût faire la thyroïdectomie du lobe gauche qui grossissait ; et, depuis, ce qui restait du corps thyroïde, c'est-à-dire le lobe médian, est devenu le siège d'une hyperplasie qui a reconstitué un vrai goître, de la grosseur d'une petite orange, portant la circonférence du cou, qui était de 27 centimètres après la dernière thyroïdectomie, à 35 centimètres. Après chaque opération, la récidive arrivait avec les palpitations, le tremblement, et, fait important, le goître se reproduisait.

Il y a de cela quelques jours à peine, à la Socité de chirurgie, Lejars ayant rapporté le cas de thyroïdectomie partielle suivie de mort chez la malade du professeur Debove, Quénu prit la parole et raconta qu'ayant voulu faire l'ablation partielle de la thyroïde chez une basedowienne, il s'était vu contraint, en raison des difficultés de l'opération, de faire l'extirpation *complète*. Le goître n'a pas récidivé ; mais, depuis deux ans, la malade est dans un état lamentable. Atteinte de cette variété de crétinisme avec myxœdème signalée pour la première fois par Réverdin, à la suite de la thyroïdectomie totale, elle ne se soutient que par l'ingestion quotidienne d'extrait de corps thyroïde.

Voilà donc le bilan des tentatives opératoires faites sur la thyroïde dans le goître exophtalmique. Thyroïdectomie partielle : mort immédiate ou récidive ; thyroïdectomie totale : crétinisme avec myxœdème.

On voit, par ces exemples, combien il faut être réservé pour les opérations de ce genre. Je dis plus, et j'espère parvenir à le prouver, elles doivent être désormais proscrites.

Toutes ces tentatives partent, en effet, d un point de vue faux : c'est poussés par l'idée erronée que l'origine de la maladie a son siège dans la glande thy-

roïde, que médecins et chirurgiens se livrent à des entreprises hasardeuses sur cet organe. Le meilleur moyen de les mettre en garde à l'avenir contre ces interventions si sonvent désastreuses, c'est de démontrer tout d'abord que la théorie qui place le point de départ de la maladie de Basedow dans l'hypertrophie du corps thyroïde est inacceptable.

Dans un travail communiqué au dernier Congrès de chirurgie, je me suis déjà efforcé de fournir les preuves de cette démonstration ; je reprends les principales, renvoyant pour les détails au compte-rendu officiel de ce Congrès.

S'il s'agissait, comme quelques-uns le soutiennent, d'une suractivité fonctionnelle *primitive* de la thyroïde, imprégnant l'organisme d'une substance toxique excitant le grand sympathique, les troubles vasculaires devraient s'étendre à toutes les grosses artères du corps. Or, il n'en est rien. Nous devons, en effet, à Trousseau, cette remarque fondamentale : que les troubles vasculaires ne se font sentir que dans le *territoire du sympathique cervical* ; seules, les carotides, les thyroïdiennes sont animées de brusques mouvements d'expansion, tandis qu'au contraire, les iliaques, les fémorales, l'aorte abdominale semblent se maintenir dans des conditions ordinaires.

Si la théorie de l'hyperthyroïdisation était vraie, les deux autres symptômes fondamentaux de la maladie de Basedow, l'exophtalmie et la tachycardie, devraient être toujours d'une intensité proportionnelle à l'hypertrophie du corps thyroïde. Il n'en est rien : de nombreux cas existent, et j'en ai personnellement observé plusieurs, où l'exophtalmie a été tellement grave qu'elle a abouti à la perte complète des deux yeux, bien que l'augmentation du corps thyroïde fût à peine appréciable.

Enfin, les interventions chirurgicales portant sur le corps thyroïde n'ont jamais modifié l'exophtalmie, qui a toujours été aussi forte après qu'avant l'extirpation plus ou moins complète de la glande. Preuve indéniable de l'indépendance absolue de ces deux symptômes.

A ceux qui ont attaqué le corps thyroïde parce qu'ils considéraient le goître exophtalmique comme une simple variété du goître ordinaire, je ferai remarquer que les préparations iodées si efficaces habituellement dans les divers états pathologiques du corps thyroïde, ont une action *nocive manifeste* dans la maladie de Basedow. De même, le traitement thyroïdien, qui compte de si brillants succès dans les goîtres avec myxœdème, dans les goîtres suffocants, *aggrave toujours* le goître avec exophtalmie

Il n'existe donc absolument aucun rapport entre les goîtres ordinaires, où il y a toujours *atrophie* des éléments glandulaires, et le goître exophtalmique où il y a *hypertrophie* de ces mêmes éléments, mais hypertrophie qui, comme nous le verrons tout à l'heure, est toujours secondaire.

A cette théorie fausse d'une *lésion primitive* de la thyroïde, nous en avons substitué une autre, dont nous espérons justifier le bien fondé par des preuves convaincantes. La voici, en quelques mots :

Dans le goître exophtalmique, tout semble se comporter comme s'il y avait une excitation permanente des *fibres vaso-dilatatrices seules* du grand sympathique cervical ou de leurs noyaux d'origine.

On a bien déjà songé avant nous à incriminer le grand sympathique : les uns, le considérant comme excité, les autres, comme paralysé ; mais, ni l'une ni l'autre de ces deux hypothèses ne permettaient d'expliquer l'ensemble des symptômes observés.

Par contre, grâce à la belle découverte de Dastre et Morat, sur les filets vaso-dilatateurs du sympathique cervical, il nous sera facile d'établir que, dans la maladie de Basedow. ce n'est pas le cordon du sympathique cervical pris en bloc qui est en jeu, mais seulement ses filets vaso-dilatateurs dont *l'origine distincte* a été nettement démontrée par ces deux habiles physiologistes. Voici comment ils s'expriment dans une note présentée à l'Académie des Sciences :

"La dilatation vasculaire provoquée par l'excitation du sympathique cer-

vical se reproduit avec la même netteté lorsqu'on agit, chez le chien, sur les rameaux communiquants des deuxième, troisième, quatrième paires dorsales et sur le segment de la chaîne ganglionnaire auquel aboutissent ces rameaux. En deça et au-delà de ce département, l'excitation reste sans effet. Les vaso-dilatateurs de la région buccale tirent donc leur origine de la moelle par les rameaux communiquants des deuxième, troisième et quatrième paires dorsales, suivant le cordon thoracique, traversent les ganglions étoilés, l'anneau de Vieussens et le ganglion cervical inférieur ; ils font partie intégrante du cordon cervical, au même titre que les nerfs vaso-constricteurs, et vont ensuite se répandre avec le trijumeau dans les parois buccales."

En admettant une excitation permanente des filets vaso-dilatateurs du sympathique cervical, on explique aisément les divers phénomènes morbides qu'on observe dans le goître exophtalmique. La turgescence des artères thyroïdiennes a pour conséquence l'hypertrophie du corps thyroïde qui est ainsi *secondaire* et non *primitive*.

Et ici, il y a vraiment hypertrophie de la glande, parce qu'il y a constamment un apport sanguin trop considérable. De même, on a signalé récemment dans plusieurs autopsies, une hypertrophie du thymus, à laquelle on cherche déjà à vouloir faire jouer un rôle pathogénique important. Mais, cette hypertrophie du thymus a la même origine que celle du corps thyroïde : elle provient uniquement de la vaso-dilatation, et d'un apport nourricier trop grand aux vestiges de cette glande.

Cette hypertrophie du corps thyroïde dans le goître exophtalmique une fois établie entre en scène à son tour et provoque en réalité des phénomènes d'hyperthyroïdisation chez les basedowiens, mais toujours secondairement et tardivement. La dilatation des artères de la tête et du cou reste le phénomène, morbide initial. Il ne faut pas renverser les rôles, et dire : les artères thyroïdiennes ont augmenté de volume, parce que le corps thyroïde s'est hypertrophié ; mais bien, par suite de la dilatation de leurs parois, le calibre des vaisseaux thyroïdiens ayant augmenté, la glande thyroïde à laquelle ils se rendent, recevant plus de sang que dans les conditions normales, s'est hypertrophiée.

La dilatation des vaisseaux rétro-bulbaires provoque la propulsion du globe oculaire en avant, d'où l'exophtalmie. L'excitation des filets cardiaques, la tachycardie.

Cette même hypothèse d'une excitation permanente des vaso-dilatateurs du cordon sympathique cervicale s'accorde bien aussi avec les variétés de formes dites frustes, si communes dans cette maladie.

Quand, en effet, ce sont les symptômes oculaires qui dominent, et que l'exophtalmie occupe la première place, tant par la difformité monstrueuse qu'elle provoque, que par les dangers qu'elle fait courir aux globes oculaires ; quand, de plus, cette exophtalmie énorme se rencontre avec une hypertrophie insignifiante du corps thyroïde et une tachycardie modérée, cela tient à ce que c'est le centre médullaire, présidant à la dilatation des vaisseaux rétro-bulbaires, qui est surtout intéressé.

Au contraire, quand l'hypertrophie du corps thyroïde est considérable ou la tachycardie intense, et l'exophtalmie insignifiante, c'est que l'excitation à son siège dans les centres, d'où émanent les filets dilatateurs des artères thyroïdiennes et excitateurs du cœur.

Cette nouvelle manière d'interpréter la pathogénie du goître exophtalmique, outre l'avantage de nous mieux donner la raison d'être de ses symptômes et de ses diverses modalités, est féconde encore en conséquences thérapeutiques.

Si l'exophtalmie en particulier est due, comme nous le soutenons, à une dilatation active des vaisseaux sanguins rétro-bulbaires, la section du sympathique cervical au-dessus du ganglion moyen, ou l'extirpation de ce ganglion doit la faire disparaître. C'est ce qui a lieu en effet.

Jaboulay (de Lyon), sans avoir fait connaître les considérations théoriques

qui l'ont amené à pratiquer cette opération, l'a exécutée sur le vivant (Février 1896.)

Il a réussi en employant un procédé de section simple, d'une exécution facile, en portant son incision en arrière du sterno-mastoïdien, et rejetant en avant et en dedans, loin du champ opératoire, les gros vaisseaux du cou et le pneumogastrique.

C'est donc lui, je crois, qui aura eu le mérite d'avoir trouvé, un peu empiriquement peut-être, mais, dans tous les cas, d'avoir exécuté le premier, et rendu pratique, le traitement chirurgical du goître exophtalmique.

Il avait d'abord essayé, comme nous l'avons vu plus haut, d'enlever en partie le corps thyroïde, croyant se rendre maître de la maladie.

Il a échoué, et il devait échouer parce que, comme nous venons de le démontrer, l'hypertrophie du corps thyroïde n'est que la *conséquence* et non la *cause* de la maladie de Basedow.

Aussi, une fois l'extirpation partielle faite, vit-il l'hypertrophie thyroïdienne apparaître de nouveau, peu de temps après.

Ayant alors, chez cette même malade, pratiqué la section du sympathique cervical, tous les phénomènes oculaires rétrocédèrent et l'exophtalmie disparut pour ne plus revenir.

Au dernier Congrès de chirurgie (Octobre 1896), je terminais ma communication sur ce même sujet en disant : " Je crois qu'à l'avenir il en sera toujours ainsi et qu'on pourra combattre sûrement, par ce moyen, le symptôme redoutable de l'exophtalmie qui, portée à l'extrême, peut provoquer la perte des deux yeux."

Depuis cette époque, les faits sont venus confirmer les idées que je soutenais. Tandis que les tentatives d'ablation partielle du corps thyroïde ont donné de tristes résultats, tous les cas de section du sympathique (Jaboulay, à l'heure actuelle, en a déjà six à lui seul), ont été suivi de succès ; non-seulement l'exophtalmie parfois très grave a toujours disparu, *mais les autres symptômes ont aussi rétrocédé en grande partie.*

La théorie de l'excitation des vaso-dilatateurs que je soutiens, permet de comprendre la gravité particulière des ablations partielles. Nous avons vu, dans la dernière statistique de Allen Starr, que, sur 190 basedowiens opérés par thyroïdectomie, il y a eu 33 morts immédiates, que l'auteur attribue à une intoxication suraiguë : hypothèse inadmissible, une ablation, même partielle, devant nécessairement plutôt diminuer qu'augmenter l'hyperthyroïdisation.

Selon nous, en faisant une ablation partielle, on risque de provoquer des tiraillements des vaisseaux, des filets nerveux, de laisser dans la plaie des ligatures, toutes causes d'excitation reflexe qui viennent augmenter, pour ainsi dire, l'irritation déjà anormale des filets vaso-dilatateurs du sympathique cervical. Cette excitation peut agir sur les différents rameaux qui émanent du sympathique cervical, et en particulier sur ceux qui se rendent au cœur, d'où aggravation de la tachycardie, jusqu'à ce que mort s'en suive.

Quant à la rétrocession du goître dans les cas où Jaboulay a fait la section du sympathique entre le ganglion cervical moyen et supérieur, il suffit, pour s'en rendre compte, de rappeler que la thyroïdienne supérieure, de beaucoup la plus importante, reçoit une innervation vaso-motrice du ganglion cervical supérieur. Il serait encore plus rationnel de sectionner le sympathique cervical au-dessous du ganglion moyen qui fournit à la thyroïdienne inférieure, on obtiendrait ainsi plus sûrement le retour à la normale de la glande thyroïde.

Quant à la tachycardie, c'est elle qui, jusqu'ici, a bénéficié le moins de ces sections nerveuses ; et cela se comprend, les filets cardiaques étant placés plus bas et échappant ainsi à la main du chirurgien.

Dans un travail publié dans le dernier numéro des *Archives provinciales de Chirurgie*, Jonnesco, de Bucharest, qui compte aussi 2 cas de guérison de goître exophtalmique par section du sympathique cervical, propose, non plus la sec-

tion, mais la résection totale et l'ablation du sympatique cervical, avec ses trois ganglions. Nous croyons cette opération inutile, au moins dans la maladie de Basedow.

Quand l'exophtalmie dominera, et que l'hypertrophie thyroïdienne sera peu accusée, on se contentera de sectionner le sympathique entre le ganglion cervical moyen et le supérieur : opération simple, facile, et qui semble suffisante. Quand le goître sera plus accusé, la section devra porter au-dessous du ganglion moyen : opération déjà plus difficile, en raison du voisinage immédiat de la thyroïdienne inférieure.

Enfin, ce n'est que dans les cas fort rares, où la tachycardie serait extrême et inquiétante, qu'il faudrait descendre encore plus bas et couper les filets efférents du ganglion inférieur. Mais je considère les sections nerveuses, qui jusqu'ici n'ont donné que des succès, comme suffisantes. L'ablation et l'extirpation totale peuvent avoir des inconvénients et ne semblent présenter aucun avantage sérieux sur les sections.

NOUVELLE CURE RADICALE DES HERNIES

La méthode sclérogène pour la cure radicale des hernies, par le professeur LANNELONGUE. — *Le Scalpel*, 21 février 1897.

M. le professeur Lannelongue (*Journ. de méd. de Paris*) applique depuis 6 mois à la cure radicale des hernies sa méthode sclérogène, qui lui a donné, dans le traitement des tuberculoses externes, des résultats si remarquables, aujourd'hui contrôlés par de nombreux médecins. Nous donnons un résumé succinct de sa manière d'appliquer ce traitement.

Voici les trois raisons qui, d'après le professeur, militent en faveur de la vulgarisation de cette méthode : 1° l'opération est sans danger pour le malade, qui après 8 ou 10 jours de repos peut être considéré comme guéri et est délivré du port de bandage ; 2° l'opération est à la portée de tout praticien prudent ; 3° l'opération est applicable à tous les cas et à tous les âges.

Le 9 décembre dernier, le professeur Lannelongue opérait à l'hôpital Trousseau, un enfant de 14 ans, un garçon, atteint de hernie inguinale droite. L'opération a duré, montre en main, quatre minutes et demie, y compris le temps employé aux explications.

Le malade étant endormi—ce qui à la rigueur n'est pas indispensable—et la région où l'on doit opérer étant soumise à une rigoureuse antisepsie, les poils rasés s'il y a lieu, on s'assure que la hernie est réduite et on charge un aide de maintenir le doigt appliqué sur l'orifice inguinal profond de manière à protéger la cavité péritonéale.

Après cela, l'opérateur reconnaît la région pubienne et le cordon qui s'engage dans l'orifice interne du canal inguinal, réunissant en un faisceau tous les éléments qui le constituent. Quand on a bien noté la position du cordon, il est aisé d'opérer en dedans, et en dehors de lui sans risquer de l'atteindre.

La main gauche tenant le cordon, la droite armée d'une seringue de Pravaz chargée d'nne solution de chlorure de zinc au dixième, toujours la même (l'injection qui est employée dans la méthode sclérogène), on enfonce l'aiguille perpendiculairement au pubis et on va *jusqu'à la surface de l'os*, puis on dévie la pointe de l'aiguille vers la surface profonde du cordon, et là, dans les tissus fibreux qui l'environnent, on injecte 5 gouttes de solution et on retire l'aiguille. On recommence trois ou quatre fois, de chaque côté du cordon, en faisant chaque piqûre en des points au besoin marqués d'avance au crayon dermographique. On cerne ainsi l'orifice par 8 ou 10 injections, soit en tout 30 à 40 gouttes de la solution sclérogène.

La *première* étant faite dans la paroi abdominale sur le bord supérieur du pubis vers l'épine pubienne, dans l'orifice interne du canal inguinal, entre les

piliers, la *seconde* est faite un peu plus bas sur le pubis à un centimètre environ de la première et la *troisième* encore plus bas vers l'origine de la branche descendante du pubis. On fait trois autres piqûres *en dedans* du cordon, celui-ci étant repoussé en dehors par la main gauche. On enfonce alors l'aiguille directement sur l'os en évitant d'atteindre le cordon et on dévie sa pointe en dehors de manière à faire l injection en arrière du cordon, dans les plans fibreux qui sont immédiatement en avant du périoste.

On a évité l'introduction du liquide dans la cavité péritonéale grâce à la présence du doigt d'un aide intelligent, il n'y a plus qu'à y appliquer un tampon d'ouate aseptique humide. Comme pansement, on applique sur la région des piqûres une compresse de gaze iodoformée, de l'ouate et un bandage aseptiques.

Comme suite : Huit jours de lit, suppression du bandage, M. Lannelongue affirme que l'enfant sera ensuite guéri radicalement de sa hernie. Chez les petites filles, l'opération est la même sauf qu'il n'y a pas à compter avec le cordon. L'opération pourrait être faite à tous les âges même chez des viellards, affirme M. Lannelongue. Il ne voit de contre-indications dans aucun cas.

LA CONSERVATION DES INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Note sur la conservation des instruments en acier, par le Dr MARÉCHAL.—*Gazette des Hôpitaux*, 9 mars 1897.

Au mois d'octobre 1893, j'ai placé, dans les solutions suivantes, une montre en nickel ouverte, des vaccino-styles, des bistouris et des aiguilles de Pravaz en acier, ces instruments étant à l'état de neuf et bien polis :

1°	Solution aqueuse de bicarbonate de soude à		.....	2 p. 100
2°	— —	carbonate	—	—
3°	— —	borate	—	—
4°	— —	benzoate	—	—
5°	— alcoolique de benzoate		—	—
6°	Alcool à 95 degrés, 5 grammes Borate de soude, 1 gramme			
7°	Alcool à 95 degrés ;			
8°	Eau simple.			

A la date du 1er mars 1895, les instruments, ainsi que la montre, sont absolument intacts à tous les points de vue, dans les six premières solutions ; le sulfocyanure de potassium n'y révèle d'ailleurs aucune trace de fer. Au contraire, les objets sont complètement oxydés dans les solutions Nos 7 et 8.

J'en conclus que l'on peut conserver, à l'abri de toute altération, des objets quelconque en acier, cuivre ou nickel, dans les solutions sus-indiquées, pendant un temps indéfini. Il semble même que des traces de sel alcalin suffisent, puisque la conservation est complète dans la solution No 6, bien que le borate de soude soit insoluble dans l'alcool absolu.—(*Journ. de pharm. et chim.*)

NOUVEAU TRAITEMENT DES CYSTITES TUBERCULEUSES

Nouveau traitement des cystites tuberculeuses par les injections intra-vésicales d'air stérilisé, par le Dr RAMOND.—*Bulletin Médical*, 3 février 1897.

L'auteur rapporte trois observations dans lesquelles ce traitement lui a donné de bons résultats.

Voici quelle est la technique opératoire.

On emploie des sondes molles stérilisées et une seringue à hydrocèle de 100 c.c. de capacité. Un petit tampon de ouate, mis dans l'embout de la

seringue, permet à l'air de filtrer au travers, et d'arriver ainsi à la vessie, exempt de tout germe. Le cathétérisme est pratiqué ; l'urine s'évacue d'elle-même, et à travers la sonde, laissée en place, une première injection de 100 c.c. d'air est poussée doucement dans la vessie. La canule retirée, l'air sort facilement par la sonde. Immédiatement après, on injecte plus rapidement de 250 à 300 cc. d'air. Une pince à forcipressure est mise sur la sonde ; et on laisse ainsi l'air en contact avec la muqueuse vésicale cinq minutes environ. Puis on retire brusquement la sonde ; l'air force le sphincter et ne tarde pas à être expulsé. L'opération—à part le cathétérisme—n'est nullement douloureuse. Elle est renouvelée tous les deux ou trois jours, jusqu'à sédation complète.

L'auteur suppose que l'air agit sur le sphincter comme la dilation forcée dans la fissure de l'anus.

D'après une communication faite à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, le Dr SABOURAUD aurait découvert le microbe de la calvitie. On trouverait le bacille séborrhéïque en grande quantité dans les follicules pilaires, et le sérum ensemencé sur gélose peptone glycérinée *acide*, développerait une colonie de couleur rose brique, saillante sur le milieu. Les toxines recueillies après filtrage des cultures et inoculées à un lapin, ont produit après quarante jours une alopécie complète ; le pauvre animal a perdu tous ses poils. Si le Dr SABOURAUD peut maintenant trouver le remède, que de gens lui devront une reconnaissance éternelle.

Diabète, (DIEULAFOY).—1. Dans le diabète comme dans l'albuminurie, une diminution dans la quantité de sucre ou d'albumine excrétée ne doit pas modifier le pronostic, le malade étant également exposé aux mêmes complications que dans le cas contraire ;

2. Chez le diabétique, la perte des reflexes rotuliens constitue un signe pronostic sérieux ;

3. Lorsqu'on se trouve en présence d'une rétraction de l'aponévrose palmaire, on doit songer au diabète ;

4. La phthisie est très fréquente chez les diabétiques, lesquels constituent un terrain favorable à la tuberculose ;

5. Le diabétique ne contracte pas la tuberculose quand il commence à maigrir, mais il maigrit parce qu'il devient tuberculeux. (LARAMÉE.)

Cancer du foie. (DIEULAFOY).—1. De tous les organes, le foie est celui dans lequel le cancer est le plus rarement primitif ;

2. Dans le cas de cancer du foie, on doit toujours rechercher la porte d'entrée, même dans les organes les plus éloignés : œil, langue, lèvre;

3. Ordinairement c'est dans l'estomac et l'intestin que siège le cancer primitif, point de départ du cancer hépatique ;

4. Lorsque chez le malade atteint de cancer hépatique, on voit le foie augmenter encore de volume, ou la fièvre survenir (cancer fébrile), le pronostic doit être considéré comme très grave. (LARAMÉE).

Méningite tuberculeuse. (PETER).—Deux symptômes de premier ordre : 1. Strabisme avec diplopie ; 2. Ralentissement du pouls coïncidant avec une élévation de température constante, sans oscillation entre le matin et le soir.

Symptômes secondaires :

3. Insouciance apathique du petit malade ;

4. Absence du tremblement à la langue et aux lèvres si caractéristiques dans la fièvre typhoïde ;

5. Céphalalgie aiguë et activement douloureuse ;

6. Sensibilité des pmeumogastriques à la pression. (LARAMÉE.)

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DE LA LUTTE POUR L'EXISTENCE ENTRE LES JUMEAUX (1)

Par le Docteur Porak.

On observe fréquemment, dans la grossesse gémellaire, l'avortement ou l'accouchement prématuré, l'inégalité considérable du poids des fœtus, la mort d'un des fœtus et, comme conséquence, son aplatissement (fœtus papyraceus). L'explication de ces faits était restée obscure. Des travaux nombreux nous permettent aujourd'hui de nous rendre compte de leur mécanisme. Hyrtl, Späth, Jacquemier, Dareste, Sällinger, Küstner, Ahlfeld, Niberding, Porak (thèse de Cornet), Bar (thèse Eleuturescu), mais surtout et l'un des premiers Schatz, dans plusieurs mémoires très volumineux et très importants, ont apporté, pour la solution du problème, des documents précieux.

La fécondation, on le sait, s'accomplit dans le dernier tiers de la trompe et peut-être sur l'ovaire lui-même. D'autre part, dans les autopsies de femmes accouchées de jumeaux, tantôt il n'existe qu'un corps jaune, tantôt il en existe deux qui siègent ordinairement sur le même ovaire, mais quelquefois aussi sur les deux ovaires. Lorsqu'il n'y a qu'un corps jaune, la vésicule de de Graaf a pu recéler deux ovules ou un seul ovule qui a été le siège de deux taches germinatives.

D'où l'existence de *grossesses gémellaires uni et bivitellines.*

Au point de vue du développement ultérieur, on peut établir une autre distinction. Il se peut que deux ovules, qu'ils soient issus d'une seule vésicule de de Graaf ou de deux vésicules différentes, aient été fécondés presque simultanément et l'évolution des œufs se comportera comme s'il s'agissait de grossesse double univitelline. Dans un autre cas, les deux ovules ont été successivement fécondés.

La fécondation successive de deux ovules soulève une question qui a été souvent débattue. *La fécondation peut être double*, c'est-à-dire provenir de deux coïts du même père ou de deux pères différents. Quelques observations démontrent la possibilité du fait. On les trouvera rapportées tout au long dans les ouvrages classiques. Il peut y avoir *superfécondation* lorsque les conceptions successives se font pendant le temps que met l'un des ovules fécondés à parcourir les trompes. Il faut alors, de toute nécessité, que la fécondation ait lieu par le passage des spermatozoïdes à travers l'autre trompe restée perméable. Il y a *superfétation* lorsque le second ovule est fécondé après que le premier est déjà arrivé dans l'utérus et alors les spermatozoïdes peuvent passer par l'une ou par l'autre trompe : elles sont toutes deux libres.

La seule objection importante à la superfétation consiste dans la suspension de la fonction ovarienne pendant la grossesse. De fait, dans aucune autopsie de femmes enceintes, on a constaté la persistance de la maturation des ovules. Rien ne démontre non plus qu'une vésicule de de Graaf en voie de développement au moment de la fécondation du premier ovule ne puisse pas parcourir toutes les phases ultérieures de son évolution Nous avons soutenu que la vésicule de de Graaf peut se rompre à tout moment de la période intermenstruelle (*Bull. de la Soc., obs. et gyn. de Paris.* 1887, *p.* 167). Dans la grossesse gémellaire, la seconde vésicule de de Graaf peut se rompre après la première, une, deux et même trois semaines après la fécondation du premier ovule. Point n'est besoin de soulever la question de la perméabilité de l'utérus et des trompes. On admet,

(1) *Médecine moderne*, 4 octobre 1896.

en effet, que vers le troisième mois seulement de la grossesse, la caduque pariétale s'accolle à la caduque réfléchie et oblitère la cavité utérine. A ce moment, l'ovulation est suspendue depuis longtemps.

Nous voilà donc en face de deux cas bien définis : — l'ovule possède deux taches germinatives, ou deux ovules arrivent à peu près au même moment dans la cavité utérine; — ou bien les deux ovules y arrivent à une distance de 1 jour à 10, 15, 20 jours. L'accouchement ayant lieu dans l'immense majorité des cas au même moment pour les deux jumeaux, ceux-ci auront, dans le premier cas, le même âge et dans le second un âge différent.

Dans le cas où les fécondations ont été successives, le premier ovule s'est implanté dans la cavité utérine avant le second et chacun d'eux se recouvre d'une caduque réfléchie distincte. Au moment de l'accouchement, que leur placenta soit séparé ou réuni, la cloison commune aux deux œufs sera donc constituée de deux amnios, de deux chorions et d'une caduque, celle-ci pouvant s'atrophier et faire défaut. La circulation des deux œufs est indépendante et les enfants sont de sexes, soit semblables. soit différents.

Si la grossesse est univitelline ou si les deux ovules se sont implantés très près l'un de l'autre après avoir été fécondés pour ainsi dire simultanément, ils sont où peuvent être recouverts de la même caduque. La cloison de séparation des œufs, dans la grossesse gémellaire univitelline, n'existe pas (ce qui est très rare), ou est constituée par deux amnios seulement, ou par deux amnios et un chorion. La cloison de séparation des œufs, dans le cas où les deux ovules sont recouverts de la même caduque est constituée par deux amnios, deux chorions, un seul par fusion. Dans le premier cas, mais peut-être aussi dans le second, les deux allantoïdes sont si rapprochées qu'elles peuvent se confondre.

Les auteurs récents considèrent la fusion des deux allantoïdes comme propres aux grossesses univitellines. La grande ressemblance des jumeaux, la similitude des sexes, l'existence des deux amnios seulement à la cloison de séparation des œufs, l'absence même de cloison, l'existence d'un seul chorion entre les amnios constituent les caractères sur lesquels ils s appuient pour admettre que les grossesses à fusion vasculaire du placenta sont des grossesses univitellines.

J'accorde que ces arguments ont grande valeur.

Cependant Späth pense que les jumeanx à circulation commune se trouvent, relativement aux jumeaux à circulation indépendante, dans la proportion de 1 à 7 Ce serait donc très fréquent. La gémellité univitelline constatée par Dareste dans l'œuf de poule est un fait exceptionnel et on reste étonné de la fréquence que cette singulière anomalie présenterait dans l'espèce humaine.

Je suis disposé à contester la gémellité univitelline lorsque la cloison contient outre les deux amnios un chorion et à admettre que deux ovules fécondés au même moment, arrivés ensemble dans l'utérus, s'implantant à côté l'un de l'autre, se faisant un nid unique en se recouvrant de la même caduque réfléchie, peuvent présenter des fusions vasculaires allantoïdiennes.

Quoi qu'il en soit de cette discussion, le fait de la dépendance ou de l'indépendance de la circulation placentaire chez les jumeaux établit entre eux des différences très curieuses. Au lieu d'adopter les noms de grossesses uni ou bivitellines, je préfère distinguer les jumeaux suivant qu'ils ont *une circulation placentaire commune* ou *une circulation placentaire indépendante.*

Les jumeaux à circulation indépendante se trouvent relativement l'un à l'autre, quant à leur développement et à leur poids respectif, dans une situation qui leur est créée par leur âge différent. Il est possible que le jumeau le plus jeune, surtout s'il est beaucoup moins âgé que son aîné, se trouve dans des conditions de développement défectueuses qui gênent son accroissement.

Il est cependant un fait d'observation qui domine toute cette question, c'est que l'avortement et que l'accouchement prématuré se produisent beaucoup moins fréquemment dans les grossesses gémellaires à circulation placentaire

indépendante que dans les grossesses à circulation placentaire commune, et cela d'une façon très notable. Les jumeaux à circulation placentaire commune, présentent un développement très différent et des écarts de poids très considérables, surtout lorsque l'accouchement se fait prématurément. Ces différences sont bien moins sensibles dans les grossesses à circulation placentaire indépendante. Cette distinction entre les différences de poids des jumeaux à circulation dépendante et indépendante est d'ailleurs d'autant plus accusée que la grossesse est interrompue plus tôt.

Voilà les faits.

On peut en conclure que l'indépendance des circulations placentaires, qui constitue pour les jumeaux *leur individualisme*, favorise leur viabilité et leur développement ; que la communauté des circulations placentaires, qui crée *la dépendance de l'un des jumeaux relativement à l'autre*, compromet leur viabilité d'abord, et ensuite le développement de l'un d'eux dans sa longueur, dans son poids et dans sa constitution.

Il est donc intéressant d'étudier dans quelles conditions s'établit la communauté des circulations entre les jumeaux. Schatz a épuisé, on peut le dire, cette importante question.

Les deux jumeaux possèdent chacun une circulation qui leur est propre, et une circulation commune, *troisième circulation* qui va du cœur de l'un des jumeaux au cœur de l'autre.

Le sang de l'un des jumeaux pénètre constamment par l'artère dans les villosités placentaires pour aboutir à une veine ombilicale qui se rend à l'autre jumeau. A moins de monstruosités, *la circulation intervilleuse* existe toujours. La circulation intervilleuse peut exister seule et ordinairement sur plusieurs cotylédons, de telle sorte qu'elle se fait dans un point d'un jumeau vers l'autre et, vice versa, dans un autre point du second jumeau vers le premier. Il y a un jumeau transfuseur et un jumeau transfusé, mais l'équilibre tend à se rétablir et peut être considéré dans quelques cas comme satisfaisant. Cette disposition existe, d'après Schatz, 3 fois sur 34 observations.

L'équilibre tend dans un nombre de cas assez importants à se rétablir par des communications superficielles d'artère à artère ou de veine à veine. Voici comment :

Le sang passe d'une ou d'artères intervilleuses du jumeau A, à une ou à des veines intervilleuses du jumeau B, puis il revient au jumeau A superficiellement par la voie artérielle, *par l'anastomose d'artère à artère :* c'est le cas ordinaire, 18 fois sur 34 cas (Schatz).

Le sang passe d'une ou d'artères intervilleuses du jumeau A, à une ou des veines du jumeau B ; il s'ensuit dans le système veineux du jumeau B (transfusé) une augmentation relative de la tension sanguine qui indique le sens de la dérivation *par l'anastomose superficielle de veine à veine* entre les jumeaux : c'est le cas le plus rare. On l'observe seulement 2 fois sur 34 cas (Schatz).

Nous verrons plus tard ce qu'il advient dans les cas de communications par les vaisseaux superficiels d'artère à artère et de veine à veine, qu'il existe ou non une circulation intervilleuse. C'est noté 11 fois sur 34 observations (Schatz).

L'existence de cette communauté circulatoire tend à mettre l'un des jumeaux sous la dépendance de l'autre. Le *fœtus transfusé* recevant plus de sang hématosé que le *fœtus transfuseur*, commence tout d'abord à profiter de ces conditions de nutrition meilleure, mais le mal est tout près de l'excès du bien, comme on va le voir.

Le fœtus transfusé présente de la pléthore, puis, par l'amont continuel du sang de la stase veineuse, puis de l'augmentation de la tension artérielle, d'où, par conséquent, l'hypertrophie du cœur. L'augmentation de la tension veineuse conduit à l'hypertrophie du foie et de la rate, puis à la dilatation du cœur. L'hypertrophie du cœur entraîne l'établissement de la circulation pulmonaire vicariante, l'oblitération du trou de Botal, l'hypertrophie du rein, la polyurie,

l'hydramnios. La dilatation du cœur détermine l'œdème généralisé du fœtus, les épanchements dans les séreuses, l'hydramnios et même l'atrophie du foie succédant à son hypertrophie.

Avant d'arriver d'ailleurs à la rupture de la compensation et à cette espèce d'asystolie, il se peut que l'hypertrophie du cœur du jumeau transfusé soit suffisante pour renverser la direction du courant sanguin et transformer le jumeau transfusé en jumeau transfuseur. Ce phénomène ne se produit que par l'anastomose d'artère à artère lorsqu'elle existe. Dans ce cas, le premier jumeau reçoit moins de sang, mais il est hématosé Il en renvoie davantage, il est vrai, mais c'est du sang non hématosé.

Ce mouvement de bascule maintient entre les jumeaux un équilibre satisfaisant quoique instable. L'enchaînement des faits précédents suppose que les deux circulations placentaires soient adéquates. Si l'aire vasculaire du placenta du jumeau transfusé est moins étendue que celle du jumeau transfuseur, soit parce que le placenta est malade (hémorragies, infarctus, altérations en marge ou en bordure), ou moins volumineux, que le nombre et la qualité des villosités soient inférieures, que le trajet du sang soit plus long, rendu plus difficile par le fait de torsion du cordon, etc., etc. ; on conçoit qu'il peut se produire une tendance au rétablissement de l'équilibre.

Cependant, tandis que le jumeau habituellement transfusé sera plus long, plus lourd, pléthorique, à tissus plus succulents, à cordon plus gras, à placenta plus volumineux, à polyhydramnie, le jumeau transfuseur sera plus court, moins lourd, anémique, il urinera moins, il aura de l'oligo-hydramnie, son cordon sera plus maigre, son placenta plus sec. Ainsi s'expliquent les différences de poids et de constitution si souvent observées entre les jumeaux et si souvent signalées par les auteurs.

Par un singulier retour des choses, il n'est pas possible de dire que ces jumeaux soient toujours malades et que l'un d'eux soit inférieur à l'autre. Après leur naissance, le jumeau plus développé, le transfusé, le paresseux sera moins armé pour la lutte que le jumeau moins développé, le transfuseur, le travailleur, qui sera mieux armé pour la lutte. On verra après la naissance le jumeau gras augmenter moins de poids que le jumeau maigre.

Mais pendant la vie intra-utérine l'un des jumeaux, aussi bien le transfuseur que le transfusé, peut succomber dans la lutte et mourir. D'où la fréquence de l'avortement et de l'accouchement prématuré. Le mort emporte le vif. Il se venge encore en mourant, l'expulsion du fœtus mort entraînant ordinairement l'expulsion du fœtus vivant.

La mort de l'un des enfants n'entraîne pas toujours l'avortement ou l'accouchement prématuré. Le fœtus mort peut rester alors dans l'utérus. Le vivant a conquis sa place et la garde. D'ailleurs, plus la grossesse est avancée, plus souvent aussi la mort d'un des jumeaux entraîne le travail et ordinairement à bref délai.

Un autre mécanisme de la mort d'un des jumeaux se trouve réalisé par l'existence de la troisième circulation à la fois d'artère à artère et de veine à veine. L'inégalité est le fait primordial de la nature. Aussi, dès le début de l'évolution des embryons jumeaux, l'un est déjà plus fort que l'autre.

S'il s'établit entre leurs allantoïdes des communications intervilleuses et que les anastomoses d'artère à artère ou de veine à veine soient grêles, cela va tant bien que mal ; il existe une tendance à l'établissement de l'équilibre.

Ce qui se passe entre les jumeaux se trouve décrit plus haut dans le mécanisme de la pléthore chez le jumeau transfusé et de l'anémie chez le jumeau transfuseur.

Mais si les anastomoses d'artère à artère et de veine à veine sont volumineuses, si l'un des jumeaux est primitivement plus puissant que l'autre, il va accaparer à son profit une grande partie du placenta ne laissant à son associé qu'une portion de placenta tout à fait insuffisante à son entretien. Il peut même

accaparer la totalité des cotylédons placentaires. Les gros vaisseaux du jumeau transfusé prennent directement leur origine sur les gros vaisseaux du jumeau transfuseur.

De deux choses l'une, ou le jumeau plus faible lutte contre le jumeau le plus fort, ou il ne lutte pas.

Il lutte d'ailleurs toujours lorsqu'il est normalement constitué et qu'il est pourvu de ses organes essentiels. S'il possède le cœur, il va défendre autant qu'il le pourra sa place de placenta. Il finira cependant par succomber et il succombera d'autant moins vite qu'il aura conservé plus de cotylédons. En mourant, il entraînera l'avortement ou restera dans l'utérus. Dans ce dernier cas il est applati, écrasé par le vainqueur. Il devient *fœtus papyraceus*. L'aplatissement du fœtus ne s'observe d'ailleurs que chez les fœtus agés de moins de 5 mois.

La cause anatomique constatable de la mort du fœtus papyraceus se trouve dans un très grand nombre de cas dans les torsions du cordon ou dans les nœuds du cordon. Il semble que par ce mécanisme le fœtus veuille apporter un obstacle au sang qui lui arrive en trop grande abondance et insuffisamment oxygéné puisqu'il passe directement du fœtus fort au fœtus faible sans s'être préalablement hématosé à travers le placenta.

J'ai eu l'occasion de rencontrer plusieurs cas de fœtus papyraceus. Tout récemment, j'ai étudié un fœtus papyraceus dont je publierai *in extenso* l'observation dans le *Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*. Il n'avait pas de placenta. Les vaisseaux de son cordon sont des bifurcations de ceux du jumeau vivant.

Ou bien le jumeau le plus faible renonce à la lutte, il n'a ni placenta, ni cœur, ni tête quelquefois, ni membres, il est informe; mais bien développé, lourd, vivant : il est le parasite de son frère jumeau. Son salut s'est trouvé dans sa dépendance.

Nous pourrions continuer cette description et ce parallèle pour les monstruosités doubles. Le vaincu devient parasite du premier (monstruosité par inclusion). L'équilibre établi si rarement dans les monstruosités doubles ne peut l'être qu'à condition que la circulation commune, la troisième circulation comparable à celle des grossesses gémellaires à circulation placentaire commune soit d'un faible territoire.

Dans cette description rapide de la lutte pour l'existence entre les jumeaux pendant la vie intra-utérine, la circonstance la plus favorable siège dans l'indépendance complète (grossesse gémellaire à circulation indépendante) ou dans la dépendance complète (parasitisme).—Dès qu'il y a dépendance, il y a lutte : *Væ victis*, mais parfois aussi *Væ victoribus*.

Arch. de Gynéc. et de Tocologie.

DE LA VALEUR COMPARATIVE DES PRINCIPALES MÉTHODES DE TRAITEMENT DE L'HÉMORRHAGIE LIÉE A L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA, par M. C. Juge, (*Thèse de Paris*, 1896.) - Le double but qu'on se propose, en cas d'hémorrhagie par l'insertion vicieuse, est d'arrêter l'écoulement sanguin et de hâter l'expulsion du fœtus.

Le tamponnement vaginal, avant l'ère antiseptique donnait de mauvais résultats : ainsi King donne une statistique de 85 femmes tamponnées avec 19 morts (22 o/o). et Müller cite le percentage de 21 o/o de mortalité maternelle sur un ensemble de 161 cas. L'infection était la grande cause de mort.

Néanmoins, les statistiques de cette époque fournissent quand même d'utiles éléments d'appréciation sur l'efficacité du tamponnement aussi bien comme

moyen hémostatique que comme agent provocateur du travail. Sur 128 cas de Müller, 16 fois le tampon subit un échec complet : 78 fois, la contraction survint :

Dans l'espace de une heure	5 cas.
Dans l'espace de une heure à cinq heures	22 cas.
Dans l'espace de six heures à douze heures	28 cas.
Dans l'espace de douze heures à vingt-quatre heures	9 cas.
Dans l'espace de vingt-quatre heures à quarante-huit heures.	6 cas.
Dans l'espace de trois jours	5 cas.
Dans l'espace de quatre jours	2 cas.
Dans l'espace de huit jours	1 cas.

Le tamponnement, d'après Juge est, dans près de la moitié des cas, impuissant contre l'hémorrhagie ou incapable de provoquer le travail. En réunissant les différentes statistiques publiées dans des mémoires récents, Juge arriva à une mortalité maternelle de 26,8 o/o et à une mortalité fœtale de 77,6 o/o en moyenne.

La version bipolaire de Braxton-Hicks, qui a obtenu un succès rapide en Angleterre et en Allemagne donne une mortalité fœtale de 78 o/o et une mortalité maternelle de 6 o/o.

La rupture simple mais large des membranes, qu'il y ait ou non engagement de la présentation, a donné à M. Pinard 63 succès complets sur 66 cas. A la clinique Baudelocque, sur 73 cas d'intervention pour hémorrhagie par insertion vicieuse (de 1890 à 1895), 45 fois la rupture des membranes fut seule nécessaire et donna 45 succès immédiats contre l'hémorrhagie ; 19 fois on fut obligé de recourir ensuite au ballon de Champetier, l'hémorrhagie continuant, ou la dilatation ayant besoin d'être rapidement complétée. Les résultats définitifs ont été, pour cette statistique, 2,74 o/o de mortalité maternelle et 37 o/o de mortalité fœtale.

" Le ballon de Champetier a été quelquefois placé en dehors de l'œuf, c'est à-dire entre les enveloppes ovulaires et la paroi interne de l'utérus... Les résultats ont été médiocres. Cette manœuvre constitue néanmoins et malgré tout un puissant moyen de dilatation rapide du col, et, dans le cas, très improbable, où les membranes seraient inaccessibles et fuiraient devant la pointe du percemembrane, on pourrait y avoir recours, à défaut de mieux.

" Introduit à l'intérieur de la cavité amniotique après large déchirure des membranes, le ballon de Champetier donne d'excellents résultats. Son action hémostatique est constante et certaine. De plus, il dilate le col avec rapidité et permet de terminer l'accouchement dans un temps très court.

" La rupture des membranes, combinée avec l'introducion du ballon de Champetier dans l'œuf même est indiscutablement bien supérieure au tamponnement. Elle est bien près d'être la perfection même."

(Nous avons tenu à analyser aussi fidèlement que possible le travail de M. Juge. L'impartialité de son jugement, fondé sur la seule observation des faits, donne à sa thèse une réelle valeur scientifique)

Rev. de Ther. Méd. Chir.

LA STÉRILITÉ PAR LES ANTISEPTIQUES.—M. Baret, à la Société d'hygiène, a accusé les injections antiseptiques d'être une cause de stérilité dans certaines classes de la société où l'on abusait de ces lavages.

" C'est sans doute excellent au point de vue de l'hygiène, dit-il, mais cette pratique constitue aussi un facteur de dépopulation, car ces solutions n'ont pas seulement pour effet de détruire les germes nocifs, elles tuent également les spermatozoïdes."

REVUE D'HYGIÈNE

LE TRAITEMENT HYGIÉNIQUE DE LA COQUELUCHE.

Au temps lointain déjà de ce bon Ambroise Paré, alors que les apothicaires besogneux préparaient au fond de leurs mortiers la poudre de crapaud, les malades souffrant de quintes de toux opiniâtres se tenaient la tête couverte d'un bonnet appelé coqueluchon : d'où ce nom bizarre de coqueluche donné à la maladie que nos confrères américains appellent aujourd'hui *pertussis*. Considérée au commencement de ce siècle comme un catarrhe, puis un peu plus tard comme une névrose, la coqueluche est aujourd'hui rangée au nombre des maladies infectieuses, contagieuses, épidémiques, conférant l'immunité après une première atteinte

Citons d'abord l'admirable description de Trousseau : " Un enfant est au milieu de ses jeux : quelques minutes avant que la crise arrive, il s'arrête ; sa gaité fait place à la tristesse ; s'il se trouvait en compagnie de camarades, il s'écarte d'eux et cherche à les éviter. C'est qu'alors, permettez-moi, messieurs, cette expression, c'est qu'alors il médite sa crise, il la sent venir, ; il éprouve cette sensation de picotement, de chatouillement dont je vous parlais. D'abord il essaye de faire avorter la quinte ; au lieu de respirer naturellement à pleins poumons comme il respirait tout à l'heure, il retient sa respiration ; il semble comprendre que l'air, en arrivant à pleine voie dans son larynx, va provoquer cette toux fatigante dont il a la triste expérience. Mais, je le répète, quoiqu'il fasse, il n'empêchera rien, il ne pourra tout au plus que retarder l'explosion. S'il crie, s'il pleure, s'il est sous l'empire d'une émotion qui excite son système nerveux, cette explosion sera plus prompte. La quinte a lieu Aussitôt vous voyez le malade chercher autour de lui un point d'appui auquel il puisse se cramponner. Si c'est un enfant à la mamelle, il se précipite dans les bras de sa mère ou de sa nourrice. Plus avancé en âge, s'il est debout, vous le voyez trépigner dans un état d'agitation convulsif. S'il est couché, il se dresse vivement sur son séant pour s'accrocher aux rideaux, aux barres de son lit. Il sort de là le visage bouffi, et cette bouffissure du visage, qui persiste quelquefois pendant trois semaines, peut, en quelques cas, suffire à elle seule pour qu'un médecin exercé soupçonne l'existence de la coqueluche."

On ne saurait mieux décrire la quinte de toux de la coqueluche franche, et le diagnostic, à cette période, est facile à faire. Il n'en est pas ainsi au début. La toux, la turgescence du visage, la bouffissure des yeux et de la face, l'insignifiance des renseignements fournis par le stéthoscope, tels sont les signes qui mettent le médecin sur la piste, surtout lorsque la maladie existe dans les environs. La toux du début de la rougeole est beaucoup moins forte ; la température est plus élevée.

La coqueluche est-elle une maladie dangereuse par elle même ? Au-dessous de cinq ans, oui ; la mortalité est de 20 à 25 p. 100. Au-dessus de 5 ans, non (1 p. 100.) Un excellent moyen de fixer le pronostic, c'est de faire pointer sur un papier le nombre de quintes par jour : si l'enfant a moins de 15 quintes par 24 heures, la guérison est certaine. Un nombre plus considérable de quintes aggrave le pronostic ; il est très mauvais lorsqu'il y a plus de 60 quintes par jour. N'oublions pas que la maladie peut varier dans sa nature et sa durée : coqueluchette (3 à 4 semaines), coqueluche moyenne (6 semaines). coqueluche grave et prolongée (2 à 3 mois). N'oublions pas non plus que la coqueluche

peut amener du côté du poumon une inflammation aiguë comme la broncho-pneumonie, ou une inflammation chronique comme la tuberculose. (1). Voilà pourquoi il est prudent, durant la maladie, non-seulement de compter les quintes, mais aussi de prendre la température. Il est bon en même temps de surveiller les ganglions du cou.

Connaît-on le microbe de la coqueluche? Pas exactement. Afanassieff a trouvé dans les glaires expectorées après les quintes, un bacille spécial (*bacillus tussis convulsivæ*), dont il a fait des cultures et qu'il a inoculé à des chiens : ces chiens ont eu des quintes de toux et de la broncho-pneumonie. De plus, Griffiths a isolé de l'urine des coquelucheux une ptomaïne qui se rapproche beaucoup de la toxine sécrétée par le bacille d'Afanassieff. Mais Ritter, de son côté, a découvert un bacille autre qu'il croit être la cause de la coqueluche. De sorte que la question demeure en suspens.

Ces études bactériologiques n'ont cependant pas été perdues. La clinique avait déjà démontré que la cause unique de la coqueluche, c'est la contagion directe. La contagion indirecte est des plus rare. (2). Nous pouvons maintenant affirmer, après les recherches d'Afanassieff, de Ritter et des autres, que la contagion est peu fréquente pendant la première période, qu'elle se manifeste surtout avec les quintes et qu'elle existe en puissance dans l'expectoration glaireuse qui suit chaque quinte. Ceci a permis d'établir la prophylaxie efficace de la coqueluche sur les bases suivantes : désinfection des crachats et du linge, isolement absolu et aussi précoce que possible (dès que le diagnostic est fait.)

Il n'y a pas le moindre doute que si l'on pouvait, à la même heure et sur toute la surface du globe, isoler d'un seul coup tous les cas de coqueluche, on ferait disparaître la maladie. Mais comme ceci n'est qu'une utopie, le mieux à faire devant un cas donné, c'est de l'isoler convenablement et de le guérir avant qu'il ne passe la maladie à d'autres enfants Si un enfant a été en contact avec un coquelucheux, il faut le surveiller attentivement pendant quinze jours; au bout de ce temps, si aucun symptôme se déclare, c'est que la contagion n'a pas pris.

Traitement Médical.

Les bactériologistes ne nous ayant pas encore fourni de traitement spécifique de la coqueluche, quels médicaments emploierons-nous ? Voici ce que conseille Jules Comby, dans le *Traité de Thérapeutique appliquée*, de Robin.

On aura égard à la forme, à l'intensité de la maladie et à la période de son évolution. Le cas est-il léger, bénin, les moyens hygiéniques, une surveillance attentive et éclairée, quelques tisanes chaudes, une potion calmante suffiront. On isolera l'enfant, on le défendra contre les refroidissements, on le couvrira bien, on ne le laissera pas sortir par les temps humides ou tourmentés, et on lui fera prendre, matin et soir, dans une infusion chaude, 10 gouttes de sirop de codéine et 2 gouttes de teinture de belladone.

Si le cas est plus intense, s'il y a du catarrhe bronchique avec quintes assez fortes (1ère et 2e périodes), on débutera par un *vomitif* (ipéca), qu'on pourra répéter toutes les semaines, et on insistera sur la *belladone* (5 à 10 gouttes de teinture trois fois par jour).

Si les battements du cœur sont précipités, si le pouls est faible, on donnera la *digitale* pendant trois ou quatre jours de suite, tous les dix jours, à la dose suivante (1 drachme à 2½ drachmes de sirop de digitale, 5 à 15 gouttes de teinture).

S'il y a une fièvre bien accusée, on prescrira la *quinine* en suppositoire ou en potion.

---

(1) Nous passons sous silence les vomissements alimentaires, qui parfois assombrissent grandement le pronostic, et les hémorrhagies capillaires.

(2) Legroux et Hudelo : Traité de Médecine et de Thérapeutique.

Dans les formes graves et intenses, on forcera les doses de belladone en allant jusqu'à la dilatation pupillaire ; et si la belladone ne réussit pas, on s'adressera à l'*antipyrine* à doses massives (5 à 10 grains par prise, 45 à 75 grains par jour).

On insistera sur les *pulvérisations* d'eau boriquée ou naphtolée, répétées toutes les heures ou toutes les deux heures, sur les *inhalations* d'oxygène, sur les *vaporisations* d'eau dans la chambre des malades.

Contre l'agitation, les convulsions, on usera largement du *bromure de potassium*, du *drap mouillé*, des *bains froids* au besoin. L'emploi de l'eau froide sera indiquée surtout dans les cas de broncho-pneumonie avec fièvre.

Le *café* se recommande contre les vomissements.

Enfin, si rien ne réussit, si la vie de l'enfant est en danger, quelle que soit la période de sa maladie, on conseillera le *changement d'air*.

Nous ajoutons à ce traitement de Comby la méthode suivie par Louis Starr, de Philadelphie (1) :

Je puis dire que personnellement j'ai obtenu les meilleurs résultats d'un mélange d'alun et de belladone (alun, 1 grain ; extrait de belladone, 1/48 grain ; sirop de gingembre et eau, parties égales ; toutes les deux heures chez un enfant d'un an). Si les paroxysmes sont très sévères, on peut ajouter 1 à 2 grains de bromure d'ammonium et le donner aux mêmes intervalles. L'antipyrine rend aussi des services dans les mêmes cas, ainsi que le chloral lorsque le sommeil est très dérangé. On doit donner comme toniques, durant toute la maladie, la quinine et l'acide nitro-hydrochlorique. Localement, en insufflation, on peut employer avec avantage 2 à 3 fois par jour une petite quantité du mélange suivant :

Chlorhydrate de cocaïne	1 grain
Acide borique	15 grains
Sousnitrate de bismuth	ad 1 drachme

La digitale rend de grands services lorsqu'il y a des signes de l'engorgement du cœur droit, et l'on ne doit jamais négliger son emploi dans ces circonstances.

Traitement hygiénique.

Dans la coqueluche, comme dans toute maladie d'ailleurs, l'hygiène rend les plus grands services au petit malade en allégeant pour lui le poids de la maladie et en lui fournissant les forces nécessaires pour y bien résister. Les soins hygiéniques, basés sur la raison, à part leur efficacité intrinsèque, ont encore un effet dont on ne tient pas assez compte: ils apaisent le moral du malade et le disposent d'une manière merveilleuse à s'acheminer vers la guérison.

Durant la quinte de toux, l'enfant a besoin de petits soins. On le fait asseoir, on lui soutient la tête ou les membres, on lui aide avec le doigt à expulser les mucosités qui lui viennent dans la bouche, on veille à ce qu'il ne soit pas à l'étroit dans ses vêtements.

Les enfants souffrant de coqueluche sont très nerveux, très irritables ; on a déjà pris la coqueluche pour une névrose. Il faut donc traiter les petits malades avec douceur, et les empêcher de se fatiguer : la fatigue ou les émotions augmentent le nombre de quintes.

Lorsque la coqueluche est grave, il faut tenir l'enfant au lit, dans les autres cas, on leur fait garder simplement la chambre. Mais il a besoin d'air en abondance et de la lumière du soleil, et l'on aura soin de ventiler cette chambre et d'enlever tout ce qui pourrait y faire de l'obscurité. On pourra même, par les belles journées, faire sortir le malade, pourvu qu'il soit bien couvert et que la promenade ne soit pas assez longue pour le fatiguer. (2). La fatigue d'une pro-

(1) An American text-book of Therapeutics, 1897.

(2) Bien entendu si le malade n'a pas de fièvre.

menade ou l'inspiration d'un air un peu humide suffisent à précipiter le nombre des quintes. Il faut bien comprendre que pendant ces sorties, l'isolement doit être maintenu dans toute sa rigueur. On choisira comme lieu de promenade, un endroit isolé : galerie, jardin, etc., et si l'on est obligé d'aller sur la place publique, il faut empêcher que le petit malade ne vienne en contact avec d'autres enfants. L'enfant ne sera accompagné que de son garde-malade, et d'aucune autre personne de la famille.

Le refroidissement est à redouter à cause des complications pulmonaires possibles. Il faut couvrir l'enfant d'un vêtement chaud et léger. La laine est ici toute indiquée. Même lorsque l'enfant ne sort pas, tenez-le bien vêtu. Dans son lit, ne le couvrez pas trop, si la température de la chambre est bonne.

L'alimentation des coquelucheux peut devenir très difficile lorsque les quintes de toux répétées et opiniâtres provoquent sans cesse le vomissement. Il faut alors éviter de surcharger l'estomac. On donnera les aliments tout de suite après une forte quinte, on en donnera très peu à la fois, et on renouvellera aussi souvent qu'il est nécessaire. On aura soin aussi de choisir des aliments faciles à digérer, liquides ou demi-solides : lait, bouillon, thé de bœuf, jus de viande, crèmes, lait de poule, panades, œufs à la coque, œufs brouillés, purées de viande ou de légumes. S'il est nécessaire, on fera prendre des repas la nuit. Dans certains cas d'intolérance complète de l'estomac, on est obligé de recourir aux lavements de peptone et de lait (1 cuillerée à soupe de peptone sèche pour 4 à 6 onces de lait). Chez les enfants au sein, l'eau de chaux fera quelquefois garder le lait des têtées.

Enfin, quand on aura affaire à un cas de coqueluche grave, il faudra se rappeler un fait caractéristique observé par tous les auteurs : il suffit souvent d'un *changement d'air* pour améliorer une coqueluche qui résiste à tout traitement. Cependant, il faut bien savoir que le changement d'air réussit mieux à la fin de la maladie qu'au commencement ; il achève une cure déjà ébauchée, il ne jugule pas la maladie, il ne l'empêche pas de suivre son cours (Comby). Mais quand le danger sera pressant, quand l'enfant, épuisé par les quintes, par les vomissements, par la fièvre, par le catarrhe bronchique, semble à bout de force et de vitalité, il n'y a pas à chercher au loin, on le transportera n'importe où, dans les environs, dans un quartier éloigné. On a obtenu ainsi de véritables résurrections.

Prophylaxie.

La contagion de la coqueluche est très facile : deux enfants se rencontrent, ils causent un instant, ils jouent ensemble, cela suffit. Cette contagion peut se faire au début, avant l'apparition des quintes, mais la coqueluche est surtout transmissible à la période d'état, à la période quinteuse. Combien de temps dure la contagiosité ? Nous l'ignorons, mais nous devons considérer comme dangereux pour les autres tout enfant présentant des quintes, y eut-il deux mois, trois mois que sa maladie se fut déclarée. Cependant on voit des enfants guéris de la coqueluche présenter, longtemps après, à l'occasion d'un refroidissement, d'un rhume accidentel, des quintes coqueluchoïdes qui ne sont qu'une habitude, qu'une reminiscence morbide : l'isolement ne s'applique pas à cette catégorie d'enfants.

Donc, l'isolement sera appliqué dès le début, dès le premier soupçon de la maladie : une toux un peu quinteuse sans râles à l'auscultation, un effort de vomissement après la toux, la turgescence du visage devront donner l'éveil. Et l'isolement durera tant qu'il sera nécessaire, deux ou trois mois s'il le faut.

L'enfant contracte la coqueluche par contagion directe, en jouant sur les places publiques, ou à l'école. La coqueluche peut-elle être transmise par des tiers ? On en doute. Mais comme il n'est pas prouvé *que non*, il vaut mieux être prudent et ne pas aller voir des enfants souffrant de la maladie, ne pas

laisser les frères et sœurs fréquenter l'école, et désinfecter les crachats, le linge et la chambre.

L'ozone.

Nous ne voulons pas terminer cette étude sans dire un mot du traitement récent de la coqueluche par l'oxygène électrisé. Cet oxygène électrisé, ou ozone, se dégage autour d'une machine statique en marche ; il répand dans la chambre une odeur très caractéristique (odeur des bords de mer, odeur du vent du large). Une à deux fois par jour, on fait respirer, à l'aide d'un tube à inhalations, de l'ozone dégagé d'une bobine Rhumkorff, et cela pendant 20 à 25 minutes. Ce traitement, employé par Labbé et Oudin, en France, et par Caillé, à New-York, a donné d'excellents résultats. L'ozone serait un excellent tonique et antiseptique des voies respiratoires.

LE DANTEC (Félix), ancien élève de l'École Normale supérieure, Docteur ès-Sciences.—**La Bactéridie charbonneuse.** *Assimilation, variation, sélection.* Petit in-8° (*Encyclopédie Scientifique des Aide-Mémoire.*)

Broché..... ..... 2 fr. 50 | Cartonné..... 3 fr.

Ce volume n'est pas la simple monographie d'une espèce pathogène intéressante : c'est, sous forme d'une étude complète d'un type donné, une introduction à la Biologie générale. Les lois les plus générales de la Biologie sont celles qui s'appliquent à toutes les espèces sans exception ; on doit donc pouvoir les découvrir par l'observation approfondie d'un être vivant quelconque. C'est ainsi que l'Auteur nous conduit, avec une méthode d'exposition exclusivement chimique, à la définition de la vie élémentaire par l'*assimilation.*

Il étudie ensuite la *variation*, qui, accompagnée de l'*assimilation*, nécessite la *sélection naturelle* dont les effets se traduisent, pour la bactéridie charbonneuse, par le retour à la virulence et la vaccination.

J. Grancher, J. Comby, A. B. Marfan.—**Traité des Maladies de l'Enfance**, publié sous la direction de MM. J. Grancher, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, J. Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, A. B. Marfan, agrégé, médecin des hôpitaux. 5 volumes, grand in-8, en souscription, 90 fr. Masson, édit., à Paris.

L'ouvrage dont nous commençons aujourd'hui la publication, et qui sera complet en 5 volumes, in-8, vient fort heureusement combler une lacune. Si les manuels de médecine infantile ne manquaient pas, on souffrait de l'absence d'une œuvre de longue haleine embrassant, dans son ensemble, toute la Pédiatrie. Cette œuvre, MM. Grancher, Comby et Marfan ont voulu l'entreprendre, encouragés qu'ils étaient par les collaborations précieuses qui s'offraient à eux, tant de la France que de l'étranger.

Les directeurs de cette publication ont pensé qu'on leur saurait gré d'avoir réuni, dans le même ouvrage, toutes les branches de la pathologie infantile : médecine, chirurgie, spécialités ; d'autant plus qu'ils ont fait appel, pour la réalisation de ce plan nouveau, aux maîtres les plus renommés dans ces diverses branches de la Pédiatrie. Le lecteur trouvera donc, dans cet ouvrage, des réponses à toutes les questions qui intéressent la pratique médico-chirurgicale des enfants.

Conçu dans cet esprit, exécuté avec une compétence dont le public médical sera juge, le nouveau *Traité des Maladies de l'Enfance* est appelé à rendre les plus grands services aux praticiens.

REVUE DE PEDIATRIE

Sous la direction du Dr Isaïe Cormier,
Médecin des enfants malades à l'Hôpital Notre-Dame.

Recherches sur la pathogénèse du rachitisme, par le Dr Smaniotto Ettore, médecin de la Faculté de Padoue. —*Revue des maladies de l'Enfance.*

Il est généralement admis aujourd'hui qu'une alimentation défectueuse, et la respiration d'un air vicié dans les habitations étroites, humides, privées de lumière, surtout pendant l'hiver, favorisent l'éclosion du rachitisme.

Nous ne renouvellerons pas ici l'exposé déjà fait par M. Marfan des théories émises sur ses origines et son mode de développement. Nous signalerons seulement les dernières recherches relatives à l'origine toxique ou infectieuse du rachitisme.

A la séance de la Société de biologie du 22 février 1896, MM. Charrin et Gley présentèrent un lapin dont "les épiphyses du tibia et du frémur étaient énormes, les diaphyses incurvées, le thorax déformé, les côtes offraient, sur une rangée verticale, des angles anormaux, répondant au chapelet rachitique ; l'abdomen était étalé, la diarrhée intermittente, les poils en désordre ; l'urine contenait de l'albumine : le poids de l'animal qui avait plus de 3 mois ne dépassait pas 985 gr." Ce lapin était le rejeton d'un couple dont le mâle et la femelle avaient reçu des toxines diphtéritiques et pyocyaniques. D'autres animaux aussi. dont les ascendants avaient été intoxiqués par des poisons microbiens (tuberculeux, pyocyanique, etc.) se faisaient remarquer par l'atrophie de leur taille, par la saillie des extrémités des os longs, par des torsions portant sur les membres, etc. " A s'en tenir aux caractères cliniques (concluaient MM Charrin et Gley), aux lésions objectives, aux symptômes. en réservant le côté chimique ou histologique, il est difficile de ne pas reconnaître chez nos animaux, à des degrés variables, les caractères du rachitisme, caractères si nets chez les rejetons que nous vous présentons actuellement."

Cette grande question de l'origine du rachitisme, considérée cliniquement en même temps qu'expérimentalement, reçoit de ces recherches un jour singulier : il devient évident que l'action des poisons microbiens chez les générateurs est capable de faire naître ces accidents dans la descendance.

D'ailleurs, rien ne s'oppose à admettre l'intervention possible d'agents tout autres, spécialement de différents toxiques externes.

Ces très intéressantes expériences de MM. Charrin et Gley sont la meilleure preuve de l'influence de l'hérédité sur la genèse du rachitisme, elles montrent que les descendants de parents affaiblis par des maladies chroniques (tuberculoses, syphilis, etc.) deviennent facilement rachitiques ; mais on ne pourrait en conclure, que le rachitisme est dû à une intoxication de l'organisme. Le lapin aux os déformés présenté à la Société de biologie avait le ventre étalé et de la diarrhée intermittente : ne s'agissait-il pas là d'une gastro-entérite chronique et d'altérations osseuses consécutives ? Cette relation nous est démontrée chaque jour par la clinique. Ce lapin, atteint de débilité congénitale avec un appareil digestif défectueux, aurait été prédisposé aux troubles gastro-intestinaux.

Aujourd'hui, on commence à croire à la possibilité de l'intervention de micro-organismes dans l'étiologie du rachitisme. C'était pour Parrot une conséquence de la syphilis ; hypothèse qui n'est plus soutenue, je crois, que par

M. Gibert, (du Havre). Oppenheimer l'attribua à la malaria, supposition inconciliable avec l'existence du rachitisme dans les pays où ne règne point la fièvre palustre.

Même M. Kassowitz n'est pas loin d'admettre une cause infectieuse ; il croit en effet que parmi les nombreuses maladies qui atteignent l'enfance et que l'on considère comme parasitaires, à savoir les exanthèmes aigus, la pneumonie croupale, etc., les mêmes micro-organismes qui, dans les autres organes et tissus provoquent un processus inflammatoire spécifique, peuvent dans les épiphyses des os créer une simple inflammation et donner ainsi naissance au rachitisme ou accentuer un processus rachitique déjà présent.

Volland est d'avis qu'il existe pour le rachitisme un virus spécifique comme pour la tuberculose, virus qui se développerait toutes les fois que l'organisme se trouve affaibli.

E. Hagenbach-Burkhardt (de Bâle), est du même avis, et il remarque que dans l'enfance, les maladies infectieuses aiguës et chroniques se localisent volontiers dans les os (tuberculose, rachitisme, ostéomyélite). La tuméfaction de la rate que Rehn a observée 35 fois sur 54 cas, et Kuffner, 44 fois sur 60 cas, est encore un argument en faveur de l'origine infectieuse du rachitisme. Chaumier (de Tours), se déclare aussi partisan de cette doctrine. M. Vierordt écrit : " L'absence du rachitisme dans certaines localités et de plus, certains traits du tableau clinique conduisent l'observateur à l'hypothèse de l'origine infectieuse du rachitisme ; selon nous, on doit tenir compte de cette hypothèse, et alors il faudrait supposer un agent semblable à celui de la malaria. Pour Vierordt donc le rachitisme pourrait être une maladie infectieuse spécifique.

Le seul, à ma connaissance, qui ait fait des recherches bactériologiques sur les os rachitiques, c'est M. Mircoli, qui, ayant trouvé par la méthode des cultures le staphylocoque et le streptocoque pyogène dans la pulpe des os rachitiques, croit que le rachitisme est une ostéite infectieuse staphylo-streptococcique.

L'avis de M. Mircoli n'est pas partagé par M. Henoch, par exemple, qui écrit : " Le fait d'avoir trouvé dans les os rachitiques les microbes pyogènes, doit être considéré comme sans importance (bedeutunglos). M. Marfan, dans son article : Rachitisme, après avoir rappelé les recherches de M. Mircoli, dit : " Il nous suffira de rappeler combien les infections à microbes pyogènes sont fréquentes chez les nourrissons atteints de gastro-entérites, même non rachitiques, pour ne pas accorder encore de valeur à cette constatation intéressante en elle-même. "

Comme nous l'avons déjà dit, les altérations des fonctions digestives précèdent presque toujours les déformations rachitiques; mais quelle est exactement cette relation entre les unes et les autres, on l'ignore.

Il me semble toutefois que les travaux publiés dans ces derniers temps peuvent jeter quelque lumière sur la solution de ce problème.

Rossi-Doria eut l'occasion de voir une épidémie de diarrhée aiguë chez des nourrissons à l'hôpital Saint-Spirito, à Rome; il trouva dans les selles des enfants ainsi atteints, le coli-bacille en grande quantité, et trouva le même microbe dans les coupes des organes internes.

MM. Marfan et Marot ont pratiqué, vingt-quatre heures après la mort, des examens bactériologiques, (mois de décembre, janvier, février) du foie, du sang, du cœur, de la rate, du poumon de nourrissons morts à la suite de dyspepsie gastro-intestinale chronique. Ils ont constaté la présence très fréquente du bacterium coli commune, et moins fréquemment, celle du streptocoque. Sur 18 observations, une fois, les cultures sont restées stériles ; 9 fois, elles ont donné le bacterium coli simple ; 4 fois le streptocoque et le bacterium coli. Chez 4 enfants sans troubles digestifs, MM. Marfan et J. Nanu, n'ont pas trouvé dans les organes le bacterium coli, mais d'autres bactéries non classées.

MM. Marfan et Marot ne croient pas que dans ces cas le coli-bacille ait

envahi l'organisme après la mort. et réfutent l'opinion de M. Wurtz à ce propos; leurs idées sont d'accord avec le fait qu'on a trouvé le coli-bacille dans le poumon hépatisé, ponctionné pendant la vie (Gilbert et Girode). Par le même procédé, MM. Gastou et Renard l'ont trouvé dans les poumons des enfants atteints de broncho-pneumonie d'origine gastro-intestinale; M. Péré l'a trouvé dans les urines de dysentériques du Tonkin (11 fois sur 18 observations). Pour l'infection à bacterium coli, dit M. Marfan, il est très probable que la porte d'entrée est la muqueuse intestinale; le streptocoque peut envahir l'organisme par la même voie ou par les fréquentes lésions de la peau; et l'un et l'autre microbe peuvent avoir le poumon comme porte d'entrée.

Les recherches de MM. Marfan et Marot ont eu une brillante confirmation dans les recherches de M. Czerny et Moser. Ces auteurs, par le procédé de la piqûre du doigt, appliqué avec les règles de l'asepsie, recueillaient quelques gouttes de sang et l'ensemençaient sur gélose.

Ils ont commencé leurs recherches bactériologiques avec le sang de 11 enfants âgés de quelques jours. " Nos observations, disent ces auteurs, comprennent des cas de dyspepsie de différents dégrés, et à une époque de la vie où le passage de la dyspepsie à la gastro-entérite est très fréquent. Dans tous les cas les phénomènes cliniques étaient localisés à l'estomac," et alors l'ensemencement du sang ne donna aucune culture.

Ils pratiquèrent ensuite l'examen bactériologique du sang chez 15 nourrissons avec gastro-entérite, et ils trouvèrent 12 fois des bactéries dans le sang.

I cas. Staphylocoque doré.
II — Streptocoque.
III — Colibacille. Un coccus non classé.
IV — Staphylocoque albus. Un bacille non classé.
V — Staphylocoque albus.
VI — Pyocyanique bacille.
VII — Bacterium lactis aerogenes.
VIII — Staphylocoque.
IX — Streptocoque.
X — Bacterium coli commune.

Il est donc bien prouvé que dans la gastro-entérite des nourrissons, on peut trouver des microbes dans le sang.

La clinique nous enseigne combien dans l'enfance, les localisations des maladies infectieuses dans les os sont fréquentes (tuberculose, syphilis, ostéomyélite); l'expérimentation a confirmé les données de la clinique. M. Mircoli, en inoculant des streptocoques et des staphylocoques à de jeunes lapins, en voyait un certain nombre présenter des localisations aux extrémités articulaires des os; cela arrivait fréquemment quand il expérimentait sur des lapins âgés d'un mois, moins souvent sur des lapins plus vieux.

M. Lexer inocula des animaux de 7-10 semaines avec du staphylocoque doré et il les vit mourir tous après 14 jours et présenter toujours des lésions dans le système osseux, lésions que l'auteur trouva semblables à l'ostéomyélite de l'homme.

Or, si les lésions rachitiques sont presque toujours précédées de gastro-entérite chronique, et si dans cette affection, des bactéries pénètrent par la muqueuse intestinale dans le courant sanguin, ces bactéries ne doivent-elles pas se localiser dans les os et surtout là où la vascularisation est plus riche, où l'activité cellulaire est plus active, et leur présence ne doit-elle pas y causer des troubles inflammatoires? Mais le poumon même peut devenir très vraisemblablement la porte d'entrée de bactéries dans le courant sanguin, et il n'est pas rare en effet de voir paraître des lésions rachitiques chez les enfants atteints des maladies chroniques de l'appareil respiratoire.

Ainsi, ai-je cru qu'il ne serait pas sans intérêt de poursuivre les recherches de M. Mircoli.

J'ai fait des examens bactériologiques des épiphyses, des os rachitiques et non rachitiques, et cela dans les mois de décembre 1895, janvier, février, mars, de l'année 1896 ; un seul cas en septembre, un autre en octobre. J'ai étudié aussi les os non rachitiques, dans une dizaine de cas pendant les mois de mai, juin et septembre.

Technique.

Pour l'ensemencement, je procédais d'une manière très simple : je prenais, par exemple, une côte, je cautérisais l'extrémité antérieure sur une large surface, puis avec une pipettte stérilisée, je pénétrais dans l'intérieur du tissu ostéo-cartilagineux et j'aspirais; j'ensemençais le liquide obtenu sur de la gélatine en plaques et sur larges tubes de gélose inclinée. Presque toujours j'ensemençais par le même procédé, la moëlle de la diaphyse du même os, et je tâchais d'avoir approximativement, pour l'ensemencement, une même quantité de substance, soit de l'épiphyse, soit de la diaphyse : une moitié de l'effilure d'une pipette Pasteur.

J'ai ensemencé le plus souvent les côtes et les clavicules comme les os que je pouvais avoir plus facilement.

Pour les os rachitiques, j'ai eu toujours soin de choisir ceux où les lésions rachitiques étaient bien évidentes, même à l'œil nu.

Pour les ensemencements avec les os sains, je choisissais des os où il n'y eut pas trace de rachitisme.

L'auteur rapporte ici vingt-cinq observations d'enfants morts de maladies infectieuses, chez lesquels il a pratiqué la culture des os.

En résumé, sur 25 observations, 16 fois la culture des os est restée stérile ; 6 fois elle a donné des streptocoques en culture pure ; 2 fois du bacterium coli commune ; une fois quelques rares colonies de staphylococcus pyogenes albus. L'ensemencement des épiphyses a été toujours plus riche en colonies que celui des diaphyses.

Parmi les 6 cas où j'ai trouvé le streptocoque, quatre appartenaient à des enfants morts à la suite d'une angine diphtéritique associée au streptocoque ; le cinqième, à un enfant mort à la suite d'une scarlatine septique ; le sixième, à un enfant mort de broncho-pneumonie ; dans ce dernier cas, les colonies étaient très rares. Dans tous ces cas, il y avait eu sans doute pendant la vie une streptococcémie dont une des localisations avait été les os et surtout les épiphyses ; la mort ayant suivi de près l'infection, aucune lésion appréciable des os n'était survenue.

Le bacterium coli que j'ai trouvé dans deux observations était-il arrivé dans les os après la mort ou par une coli-bacillose qui avait eu lieu pendant la vie ? Je crois plus probable cette seconde interprétation parce que, dans les deux cas, il s'agissait d'enfants morts à la suite d'une rougeole très grave, compliquée de brocho-pneumonie et d'entérite aiguë.

Des résultats de ces recherches, il me semble qu'on peut conclure que, lorsqu'il y a une septicémie chez l'enfant, les microbes envahissent facilement les os, et que, dans les os longs, c'est surtout dans l'épiphyse qu'on les retrouve ; que, chez l'enfant, le bacterium coli commune et d'autres bactéries qui habitent l'intestin, n'envahissent pas les os dans les premières 30-35 heures après la mort, ou du moins que cette éventualité est rare.

NAISSANCE

En cette ville, le 19 mars, la femme du Dr E. P. Chagnon, une fille.

ART DENTAIRE

Sous la direction du Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien dentiste. Professeur d'anesthésie et chirurgie au collège dentaire de la Province de Québec.

Tout ce qui concerne ce département devra être adressé comme suit : Dr EUDORE DUBEAU, 391, rue St. Denis, Montréal.

A NOS LECTEURS

Avant d'aller plus loin je crois qu'il est de notre devoir de vous dire comment et pourquoi nous sommes ici. Le conseil d'administration de *l'Union Médicale* toujours désireux de rendre le journal de plus en plus utile et attrayant, a bien voulu nous demander de fonder ce département, qui, nous l'espérons, atteindra le but visé, c'est-à-dire, de faire connaître au médecin les progrès accomplis par la chirurgie dentaire depuis quelques années, et aussi le tenir au courant de ses découvertes journalières. Autrefois la chirurgie dentaire consistait dans la simple extraction des dents, bien qu'on rencontre chez les momies des dents obturées (plombées) en or ou des dents artificielles attachées aux voisines par des fils d'or, et souvent le forgeron remplissait aussi le rôle de dentiste ; mais aujoud'hui tout est changé, et elle a fait tellement de progrès que c'est avec raison qu'on lui a décerné le nom d'Art dentaire. Nous ne prétendons pas venir ici faire l'éducation du médecin en ce qui concerne les dents, mais tout simplement lui présenter en les condensant les principes et la pratique d'une profession que les soins à donner à sa clientèle ne lui permettent pas d'étudier à fond. Ici, le médecin, surtout le médecin de campagne qui est rarement en contact avec le dentiste, trouvera ce qui est nécessaire pour juger de ce qu'il y a à faire lorsqu'on le consultera sur les dents.

Si les dentistes veulent bien nous accorder leur patronage nous augmenterons l'espace qui nous est réservé, et nous publierons alors, en outre des articles s'adressant aux médecins, des travaux intéressant *spécialement* le dentiste.

LA CARIE DENTAIRE

Par le Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien dentiste, Montréal.

La carie dentaire consiste en une altération spéciale des tissus durs composant la dent, et qui progresse de la périphérie au centre. Les causes de la carie sont de deux classes, prédisposantes ou déterminantes ; les premières sont l'héridité, les vices de conformation ou de développement des dents, dus à certaines

maladies existant chez les parents, telles que la syphilis, pour exemple, qui produit une forme de dents spéciale, ou la débilité de la mère, amenée par des grossesses souvent répétées, ou encore à l'alimentation et assimilation insuffisantes des produits phosphatés et calciques chez la mère d'abord et ensuite chez l'enfant. Les secondes sont les acides et les microbes qui se trouvent dans les aliments, fermentant entre et sur les dents, un milieu propre à leur développement. On distingue trois sortes de caries, la carie noire, la carie brune, et la carie blanche ; la *carie noire* est supposée être causée par l'acide sulfurique, elle progresse très lentement et souvent s'arrête spontanément ; c'est cette sorte de carie qui existe dans ces dents que l'on rencontre à demie cariées et ayant une surface noire et généralement dure ; lorsque cette carie s'arrête spontanément, la dent peut rester dans cet état plusieurs années sans causer de douleurs. La *carie brune* est causée, croit-on, par l'acide hydrochlorique ; elle dissout les sels de chaux dont se compose la dent, laisse à la partie organique une couleur brune, et elle s'enlève par couche ayant la consistance du cuir. C'est cette carie que nous rencontrons généralement. La 3me, la *carie blanche* serait causée par l'acide nitrique ; elle détruit rapidement et la matière minérale et la matière organique de la dent, qui sont complètement dissoutes et entrainées avec les vivres et la salive. Cette dernière se rencontre surtout chez les personnes anémiques et débiles.

La carie dentaire se divise en 4 degrés. Anatomiquement parlant, la dent se compose de 3 parties, la *couronne*, qui est la partie en dehors des gencives, la *racine* qui est logée dans les procès alvéolaires, et le *collet* qui sépare ces deux parties. Physiologiquement parlant, la dent se divise en quatre parties ; 1° l'*émail* corps très dur, recouvrant la couronne, et contenant enviran 90% de matière minérale ; 2° le *cément* qui commence au collet et recouvre la racine : sa composition ressemble aux os. 3° La *dentine* ou ivoire renfermée dans l'émail et le cément, et qui est une miniature de la dent ; elle contient environ 28% de matière organique, et 72% de matière minérale. 4° La *pulpe*, communément appelée nerf, est située à l'intérieur de la dentine ; elle contient des vaisseaux sanguins et des nerfs. Ces quelques explications étant données, il sera facile de reconnaître les 4 degrés de la carie. La carie du *premier degré* existe lorsqu'il y a simple altération de l'émail, c'est-à-dire lorsque la cavité ne s'étend pas jusqu'à la dentine. Si la cavité pénètre dans la dentine mais n'attaque pas la pulpe, nous avons alors une carie du *deuxième degré*. Lorsque la carie s'étend jusqu'à la pulpe et la laisse à découvert, mais qu'elle conserve encore sa vitalité, c'est le *troisième degré*. La carie du *quatrième degré*, c'est la pénétration de l'émail, de la dentine, et la destruction de la pulpe, c'est-à-dire perte de la vitalité et par conséquent de sensibilité Dans ce dernier cas, et seulement dans celui-là, il peut y avoir abcès alvéolaire, car il ne peut y avoir d'abcès sans la mortification de la pulpe. Nous avons donc passé en revue ce qu'est la carie dentaire, par quoi elle est causée, et comment elle se divise ; dans le prochain numéro nous étudierons les moyens préventifs de la carie et son traitement.

L'ART DENTAIRE DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC

Les dentistes de la Province de Québec ont été incorporés en 1869 alors qu'ils étaient une dizaine à Montréal, deux ou trois à Québec. Jusqu'en 1885 le nombre de dentistes pratiquant dans cette province était relativement restreint, mais depuis cette date, par suite de l'encombrement des professions libérales, les jeunes gens ont jeté leur vue sur l'art dentaire et aujourd'hui Montréal compte environ 80 dentistes, Québec en compte 12, St. Hyacinthe 2, Trois-Rivières 2, Sherbrooke 3, Sorel 1, St. Jean 2. Il y a quelques dentistes anglais disséminés dans les townships de l'est. L'Association élit tous les 3 ans un Bureau d'examinateurs composé de 7 membres. Les examens ont lieu deux fois par année, le premier mercredi d'avril et d'octobre. La cléricature est de 3 années. En 1892, nous avons été autorisés par la législature à établir le " collège dentaire de la Province de Québec." Ce collège a été ouvert l'an suivant au Carré Philippe où il est encore. Les élèves étant anglais et français, les cours se donnent dans les deux langues. La session annuelle va du 15 septembre au 15 mars ; pendant ce temps l'infirmerie est ouverte, et les étudiants opèrent sous la direction d'un dentiste licencié. Les pauvres sont traités moyennant le prix du matériel. Cette année nous avions de 30 à 35 élèves ; 14 se présentent pour l'examen final le 7 avril prochain. L'an dernier le collège s'est affilié avec l'Université Bishop, et confère maintenant outre un titre de " Licencié en chirurgie dentaire " (L.C.D ou L.D.S.), celui de " Docteur en chirurgie dentaire " (D.C.D. ou D.D.S.) L'examen pour l'admission à l'étude ressemble à celui de la médecine.

QUESTIONS ET RÉPONSES

Sous cet entête nous répondrons aux questions que nous recevrons par la malle ; les noms ne seront pas publiés. Aujourd'hui nous allons répondre à la question suivante qui nous a souvent été posée par des médecins. Comment soulager la douleur causée par une dent cariée lorsque le patient ne peut aller de suite chez le dentiste ? Dans ce cas asséchez bien la cavité avec du coton absorbant, et placez-y une boulette de coton imbibée d'une solution d'huile de clous et de créosote, parties égales ; puis recouvrez ce pansement d'un vernis de gomme sandaraque dissoute dans l'alcool absolu. La salive précipite la gomme qui empêche l'air et la salive de pénétrer dans la cavité ; ce traitement peut être renouvelé aisément, et un pansement de cette sorte peut rester en place 3 ou 4 jours. S'il y a périostite ou inflammation de la gencive, l'application d'iode et aconit, mélangées à parties égales, fera disparaître le mal.

LA CARIE DENTAIRE EN RAPPORT AVEC LES MALADIES D'YEUX, D'OREILLES ET DE TÊTE

Par le Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien dentiste, Montréal.

Dans le numéro de mars de *l'Union Médicale* M. le Dr Roberge nous cite un cas de mal d'yeux accompagné de carie dentaire, dont l'extraction des dents

malades a amené la guérison. J'ajouterai aux observations du Docteur que ces cas sont très fréquents, et que les médecins oculistes nous envoient très souvent des patients affectés de maladies d'yeux afin que nous examinions leurs dents; presque invariablement nous trouvons des dents qui, extraites ou traitées amènent leur guérison, ou tout au moins les soulagent. Les enfants âgés de 3 à 7 ans sont très sujets aux maux d'yeux causés par la carie de leurs dents temporaires; dans ces cas nous extrayons les dents et la guérison arrive rapidement. Il arrive aussi fréquemment que des maux d'oreilles soient causés par des dents cariées, généralement les grosses molaires inférieures; alors, la douleur est transmise à l'oreille par le nerf vidien.

Le mauvais état des dents est aussi la cause de beaucoup de maux de têtes; à titre d'exemple je citerai le cas suivant d'observation personnelle : Une femme de 45 ans souffrait de maux de têtes tellement aigus qu'elle craignait d'en perdre la raison ; le médecin consulté lui dit que c'était un mal de tête rhumatismal, et prescrivit en conséquence, mais le résultat fut nul. A quelque temps de là une faiblesse d'yeux étant survenue, elle se présenta chez un oculiste qui me l'envoya pour visiter ses dents; je lui ai extrait 17 dents et racines, dont 10 avaient un abcès alvéolaire.

Résultat.—Les yeux ont repris leur force, et les maux de tête sont disparus.

Conclusion.—Elle est la même que celle du Dr Roberge, c'est-à-dire si vous avez un patient atteint de maux de têtes, examinez ses dents; s'il y en a qui sont cariées, enlevez-les ou faites-les traiter par un dentiste, si vous considérez que ce traitement est suffisant pour amener la guérison.

Le Conseil d'hygiène constate que plusieurs municipalités, quoique possédant des étuves à vapeur, n'en font pas ou bien peu d'usage et que, pratiquement, ce n'est qu'à la fumigation au soufre qu'elles ont recours pour la désinfection du contenu des appartements, tels que matelas, linge de lit, tapis, rideaux, jouets, etc.

Le Conseil d'hygiène, tout en ne voulant pas voir discontinuer l'usage du soufre pour la désinfection des appartements, désire cependant appeler l'attention des bureaux locaux d'hygiène sur le fait que la fumigation par le soufre n'a pas l'efficacité de la vapeur et que c'est à cette dernière que l'on doit donner la préférence pour tout ce qui peut être transporté à l'étuve.

Quant aux municipalités qui n'ont pas d'étuve, elles devraient, après la fumigation des pièces, faire bouillir ou jeter dans des solutions désinfectantes (solution de bichlorure de mercure, solution d'acide carbolique) tous les effets qui peuvent subir ce genre de désinfection sans détérioration.

On sait que l'acide carbonique est un gaz très délétère beaucoup plus lourd que l'air. Dans les grandes cuves où l'on fait fermenter la bière, il se dégage beaucoup de gaz, surtout lorsque le résidu seul est resté à fermenter. Les ouvriers qui doivent descendre dans ces cuves faire le nettoyage s'assurent auparavant de la présence ou de l'absence du gaz au fond de la cuve en y glissant une chandelle allumée : la chandelle s'éteint s'il y a de l'acide carbonique. Le 5 avril, à la brasserie Dow, deux ouvriers ayant négligé de prendre cette précaution, sont tombés asphyxiés au fond de la cuve. Un troisième, s'étant porté à leur secours, a subi le même sort.

FORMULAIRE

Formules diverses de sérum artificiel.

1°.	Chlorure de sodium	2 drachmes.
	Eau distillée stérilisée	1 pinte.

Sérum chirurgical employé dans le collapsus et la septicémie péritonéale post-opératoires, dans l'éclampsie puerpérale, chez les typhiques et les urémiques graves, dans le choléra et les maladies infectieuses.

2°.	Eau stérilisée	1 pinte.
	Sulfate de soude	2½ drachmes.
	Chlorure de sodium	80 grains.

1½ once à 3½ onces.

HAYEM.

3°.	Sulfate de soude	2½ drachmes.
	Phosphate de soude cristallisé	80 grains.
	Eau distillée	3½ onces.

1 drachme à 1 once.

LUTAUD.

4°.	Chlorure de sodium	1 drachmes.
	Carbonate de soude	45 grains.
	Eau distillée	1 pinte.

1 once à 1½ once.

CANTANI.

5°.	Chlorure de sodium	1½ drachmes.
	Carbonate de soude	45 grains.
	Eau distillée	1 pinte.

De 30 gouttes à 17½ onces.

SAMUEL.

6°.	Chlorure de sodium	12 grains.
	Eau distillée	1 pinte.
	Bicarbonate de soude	3 grains.

2½ drachmes pour le collapsus pneumonique.

SCHIESS.

7°.	Chlorure de sodium	1½ onces.
	Eau	3 onces.

½ à 1 once dans l'anémie grave.

VIGNESI.

8°.	Sulfate de soude	2 drachmes.
	Phosphate de soude	1 drachme.
	Chlorure de sodium	½ drachme.
	Acide phénique neigeux	15 grains.
	Eau stérilisée	6½ onces.

1 à 2 drachmes tous les deux jours. CHÉRON.

9°.	Eau stérilisée	3 onces.
	Phosphate	2½ drachmes.
	Sulfate de soude	40 grains.
	Chlorure de sodium	80 grains.
	Acide phénique neigeux	24 grains.

1 à 2 drachmes. HUCHARD.

10°.	Eau distillée	1 pinte.
	Iode pure	15 grains.
	Iodure de potassium	45 grains.
	Chlorure de sodium	80 grains.

7 à 10 onces, contre la tuberculose pulmonaire. DE RENZY.

Uréthrite postérieure douloureuse.

Chlorhydrate de morphine	5 grains.
Sulfate d'atropine	⅙ grain.
Eau distillée	3½ onces.

Sig.—80 gouttes en injection dans le rectum.

S'il y a, avec la douleur, de la fièvre :

Chlorhydrate de cocaïne	15 grains.
Antipyrine }	ãã 2½ drachmes.
Salicylate de soude }	
Eau distillée	6 onces.

Sig.—Injecter 80 gouttes dans le rectum, jusqu'à 3 f. p. j. si c'est nécessaire.

SCHARFF.

Furoncles.

Poudre de tannin	30 grains.
Gomme arabique	45 grains.
Teinture d'arnica	1 drachme.

Sig.—Appliquer au moyen d'un pinceau, plusieurs fois par jour.

CORRESPONDANT MÉDICAL.

Sueurs nocturnes des phtisiques.

Liqueur de Fowler }	ãã 45 gouttes.
Teinture de belladone }	
Eau de laurier-cerise	5 drachmes.

Sig.—A prendre 15 à 20 gouttes à 5 heures du soir, et, au besoin, répéter la dose pendant la nuit.

SZEKELY.

L'UNION MEDCALE DU CANADA.

Directeur-Gérant : - - - - - - *Dr J. B. A. LAMARCHE*
Rédacteur en chef : - *Dr E. P. BENOIT*

MONTRÉAL, AVRIL 1897.

COURRIER DES HOPITAUX

HOPITAL NOTRE-DAME

Dr W. Derome, B. A.

L'affluence des malades à l'Hôpital, durant le mois de mars, a causé une pression dans tous les départements.

Cent quarante-un patients ont été admis et cent trente-un ont été congédiés. Nous avons eu à enregistrer cinq mortalités, dont une de phtisie, une de lésions cardiaques, une de pneumonie double, une de fibrome utérin avec complication du côté des reins (morte six jours après opération) et la cinquième d'une pleurésie purulente à pneumocoques.

Il restait cent dix malades le 1er avril. Les ambulances ont fait trente neuf sorties Cent onze opérations ont été pratiquées en chirurgie et trente neuf en ophthalmologie.

En chirurgie, H. M... âgé de 18 ans, présente un joli cas clinique avec intervention chirurgicale, véritable œuvre de patience que notre chirurgien en chef conduisit à bonne fin après un travail d'une heure et trois quarts.

L'histoire de sa famille ne révèle rien de particulier. Il faut remonter à sa grand'mère paternelle qui meurt de phthisie à l'âge de 35 ans. H. M. ne présente aucune lésion pulmonaire, est de stature délicate, anémique, blond, a eu la picotte.

Il y a deux ans les ganglions cervicaux du côté droit s'hypertrophient. Pour tout traitement on lui fait des badigeonnages à la teinture d'iode. Ce n'est qu'en novembre 1896 qu'il se décide à voir un médecin et se présente à la consultation du dispensaire de chirurgie Les ganglions sont nombreux et de différentes grosseurs. Le côté droit du cou présente une proéminence s'étendant du lobule de l'oreille à la clavicule et occupant tout l'espace entre la colonne vertébrale et l'œsophage. L'énucléation lui est proposée, mais toute intervention est refusée.

Revenu le 17 mars 1897, avec une hypertrophie beaucoup plus prononcée et une altération sensible dans le timbre de sa voix, H. M. se montre des plus dociles et demande à se faire opérer, effrayé lui-même par le progrès de la maladie.

Une incision dans toute la longueur de la tumeur met à découvert une véritable grappe de ganglions de toutes les grosseurs, depuis celle d'un petit marbre, ou d'un pois, jusqu'à celle d'un gros œuf de poule. Chaque ganglion est retenu dans une trame fibreuse assez résistante.

Un travail d'une heure et trois quarts, en y mettant toute la diligence possible termine l'opération par l'enlèvement du soixante-treizième ganglion. Après ligature des vaisseaux, la plaie est refermée dans ses $\frac{2}{3}$ sup. au crin de Florence, et une tente de gaz iodoformée maintient béante le $\frac{1}{3}$ inf. de l'incision. Une guérison par première intention couronne l'opération, pour la partie suturée. La partie inférieure présente de belles granulations et notre malade reprendra le chemin de ses pénates après un séjour de 25 jours à l'Hôpital.

X..... âgé de 25 ans, se présente à l'hôpital avec une tumeur, apparue subitement dans la région inguinale. Il y a trois mois X... descendant les marches d'un tramway, perd l'équilibre, glisse, manque une marche et reste suspendu aux bras de l'embarcadère. Une douleur subite se fait sentir dans l'aine. A sa rentrée chez lui, à sa grande stupéfaction, il constate l'apparition d'une tumeur qu'il réussit à faire disparaître par la pression.

La tumeur présente l'apparence d'une hernie crurale. La percussion ne révèle que de la matité. Le taxis la réduit incomplètement. Avant l'accident ci-haut relaté, rien de remarquable dans l'état général du consultant. Aucune histoire de famille. Le diagnostic de hernie est posé, et le jour de l'opération fixé. Le bistouri nous met en présence d'un abcès froid inguino-abdominal ayant pour point d'entrée dans l'abdomen l'anneau crural. Un bon drainage est établi et chaque jour semble amener une amélioration dans l'état général du patient.

Le 1er avril à 11 hrs. a. m., un pénible accident survenu la veille au soir, se terminait fatalement pour la victime, mad. B., âgée de 37 ans, forte, bien constituée, alcoolique depuis nombre d'années.

Trouvée sans connaissance sur la voie ferrée du Grand Tronc, à St-Henri, Montréal, mad. B... est d'abord transportée à la station de police de St-Henri où les premiers soins lui ont été donnés par monsieur le Dr S. Lachapelle, et ensuite à l'Hôpital Notre-Dame vers une heure du matin. La victime avait recouvert sa connaissance, mais ne pouvait donner aucun détail sur l'accident. L'examen révèle une fracture de plusieurs côtes du côté droit à environ deux pouces de la colonne vertébrale, et une fracture du radius droit, sans la moindre trace d'ecchymose à l'extérieur. Le pouls est petit, faible, vite. L'état général n'a rien de rassurant. La respiration augmente en vitesse. L'immobilisation du thorax semble apporter quelque soulagement, et une injection de morphine procure quelques heures de repos.

Une hémorrhagie interne évidente emportait notre malade 10 hrs. après son entrée. Au moment de la mort la dyspnée était devenue très intense.

A l'autopsie, faite par monsieur le Dr T. Parizeau, pathologiste de l'hôpital, il est trouvé, à l'ouverture de l'abdomen une quantité de sang mesurant environ une pinte et demie, et à l'ouverture du thorax le côté droit se montre complètement rempli par un épanchement sanguin qui refoule le poumon au sommet. La plèvre est intacte ; le poumon est déchiré sur toute sa face postérieure vis-à-vis les côtes fracturées. L'hémorrhagie abdominale provient d'une déchirure du foie ou plutôt d'un véritable broiement de cet organe, sur sa face postero-supérieure. Ce qu'il y a d'étonnant dans ce cas, c'est l'absence de toute ecchy-

mose ou signe de contusion à la surface de la peau et la gravité des lésions internes.

Les rayons X nous ont encore rendu un important service pour l'extraction d'une aiguille brisée dans le médius droit d'une servante. M. le Dr Foucher a bien voulu photographier le corps étranger. Un défaut d'interprétation de la photographie a rendu nulle une première tentative d'extraction de l'aiguille Une seconde étude de la photographie a suffi pour localiser et extraire en quelques secondes le corps étranger.

Comme la copie presse pour le journal, je me vois forcé de couper court avec le service de chirurgie et de passer sous silence plusieurs autres cas de chirurgie, de médecine et de gynécologie, vous promettant d'y revenir, si possible, dans mon prochain courrier.

HOSPICE ST-JOSEPH.

Notes du Dr JEHIN PRUME, Ophthalmologiste

La polyclinique de l'Hôpital Général des Sœurs Grises, rue Cathédrale, a tenu le 20 mars dernier une assemblée de tous les médecins composant son bureau médical.

L'Hospice St-Joseph est un des plus anciens dispensaires de la ville de Montréal, fondé en 1864, il compte un orphelinat de près de 250 fillettes et une clinique générale et spéciale où sont traitées chaque année au-delà de neuf mille personnes et où sont distribuées plus de 12000 prescriptions. L'année qui vient de s'écouler a donné le joli résultat suivant :

Malades enregistrés	8055
Malades du dehors	3832
Prescriptions données	11055

Le bureau médical se compose des médecins du dispensaire, à savoir : MM. les Drs Hackett, médecin consultant de l'orphelinat, Dr Camille Bernier, Dr Trudeau, Dr Semple, Dr Jéhin Prume. Dr E. G. Asselin, Dr J. E. Dubé, Dr Charbonneau et de M. le Dr Moffatt, chirurgien dentiste.

Il a été décidé dans cette séance que vu l'extension du dispensaire, l'institution à l'avenir prendrait la forme de polyclinique où seront soignées :

Les maladies générales	3	médecins
" " chirurgicales	1	"
" " des enfants	2	"
" " de la peau	1	"
" " nerveuses	1	"
Yeux, nez, gorge et oreilles	1	spécialiste
Maladies des femmes	1	chirurgien
Maladies dentaires	1	dentiste.

A cet effet il a été convenu de procéder immédiatement à l'achat du matériel nécessaire.

L'Hospice St-Joseph possède une pharmacie des plus complètes et aura bientôt un laboratoire de bactériologie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE.

Le programme préliminaire de la réunion de l'Association est maintenant terminé. Le 31 août aura lieu l'installation du président élu, le Dr Roddick, qui prononcera le discours de circonstance. Ce discours aura pour titre: " L'éducation médicale au Canada." Le 1er, le 2 et le 3 de septembre, dans l'après-midi, il y aura séance publique à la salle du Windsor : le Dr Osler, professeur de médecine à l'Université Johns Hopkins, de Baltimore, fera le discours sur la médecine, et le Dr Wm. Mitchell Banks, chirurgien au Royal Infirmary de Liverpool, Angleterre, celui sur la chirurgie. Le choix du troisième orateur n'a pas encore été fait.

Tous les jours de 9.30 à 1 heure, réunion des 11 sections du congrès dans les différents édifices de l'Université McGill. Des médecins distingués du Canada, des Etats-Unis et d'Angleterre y liront des travaux importants. Chaque section sera présidée, à la demande de la branche de Montréal de l'Association, par des médecins très connus d'Angleterre, ce qui ajoutera beaucoup d'intérêt aux séances. Deux médecins canadiens, cependant, ont été choisis comme présidents. Les vices-présidents et les secrétaires sont nombreux.

Le Dr Stephen Mackenzie, président de la section de médecine, est l'un des médecins les plus connus de Londres et le successeur de Sir Andrew Clark au London Hospital. Les vice-présidents sont : Dr J. E. Graham, Toronto ; Dr W. Bayard, St. John, N. B. ; Dr J. P. Rottot, Montréal ; Dr F. W. Campbell, Montréal ; Dr J. Stewart, Montréal, et le Dr H. P. Wright, Ottawa. Les secrétaires sont Dr H. A. Lafleur, Montréal ; Dr W. E. Hamilton, Montréal, et Dr Wm. Pasteur, Cavendish Square, London, W.

Le Dr Christopher Heath présidera la section de chirurgie. Il est l'auteur d'un traité d'anatomie utilisé dans toutes les facultés de médecine de langue anglaise et d'un " Dictionnaire de chirurgie pratique." Les vice-présidents sont : Sir Wm Hingston, Montréal; Hon. Dr Sullivan, Kingston, Ont ; Hon. Dr Farrell, Halifax, N. S. ; Dr I. H. Cameron, Toronto ; Dr F. LeM. Grasett, Toronto ; Dr James Bell, Montreal et Dr G. E. Armstrong, Montréal. Les sécrétaires sont Dr R. C. Kirkpatrick, Montréal ; Dr Thomas Walker, St. Jean, N. B., et M. Jordan Lloyd, F.R.C.S., Richmond Hill, Birmingham.

La section de gynécologie sera présidée par le Dr W. J. Sinclair, prof. de gynécologie à Manchester et auteur très connu dans la littérature médicale anglaise. Les vice-présidents sont : Dr Wm. Gardner, Montreal ; Dr James Perrigo, Montréal ; Dr J. A. Temple, Toronto ; Dr J. C. Cameron, Montréal ; Dr T. J. Alloway, Montréal, et Dr James Ross, Toronto. Les sécrétaires sont : Dr D. J. Evans, Montréal ; Dr W. Burnett, Montréal, et Dr A. E. Giles, Cavendish square, London, W.

Sur la demande des médecins anglais, le Dr E. P. Lachapelle, président du Conseil d'Hygiène et de l'American Public Health Association (1895), a été choisi pour présider la section d'hygiène. Les vice-présidents sont : Dr R. Craik, Montréal ; Dr Montizambert, Québec ; Dr P. H. Bryce, Toronto ; Sir James Grant, Ottawa, et Dr R. H. Powell, Ottawa. Les secrétaires sont : Dr Wyatt Johnston, Montréal ; Dr E. Pelletier, Montréal, et Dr Henry Littlejohn, Town Hall, Sheffield.

Le Dr Bucke, surintendant médical de l'asile du gouvernement à London, Ontario, a aussi été nommé président de la section de psychologie. C'est un écrivain distingué et une autorité reconnue en Amérique sur les maladies mentales. Les vice-présidents sont : Dr D. Clark, Toronto ; Dr T. J. Burgess, Verdun, Qué.; Dr A. Vallée, Québec, et Dr G. Wilkins, Montréal. Les secrétaires sont : Dr J. V. Anglin, Montréal ; Dr Geo. Villeneuve, Montréal, et Dr J. G. Blandford, London County Asylum, Banstead, Surrey.

Le président de la section d'anatomie est de physiologie est le Dr Augustus Waller, prof. de physiologie au St. Mary's Hospital de Londres et auteur d'un traité de physiologie. Les vice-présidents sont : Dr F. Shepherd, Montréal ; Dr A. B. Macallum, Toronto ; Dr T. Wesley Mills, Montréal ; Dr A. Primrose, Toronto ; Dr J. B. A. Lamarche, Montréal, et Dr J. D. Fraser, Stratford, Ont. Les secrétaires sont : Dr J. M. Elder, Montréal, et Dr W. S. Morrow, Montréal.

La section de pathologie et de bactériologie sera présidée par le Dr Watson Cheyne, membre de la Société Royale, prof. de chirurgie au King's College de Londres, et élève de Koch, de Berlin. Le Dr Cheyne a fait d'importantes recherches sur la pathogenie et le traitement de la tuberculose. Les vice-présidents sont : Dr J. G. Adami, Montréal ; Dr J. Caven, Toronto ; Dr J. Stewart, Halifax ; Dr J. C. Davie, Victoria ; Dr L. C. Prévost, Ottawa ; et Dr M. T. Brennan, Montréal. Les secrétaires sont : Dr W. T. Connell, Kingston ; Dr C. F. Martin, Montréal ; et Dr Robert Boyce, professeur de physiologie, University College, Liverpool.

Le Dr E. Nettleship présidera la section d'opthalmologie : c'est la plus grande autorité anglaise sur les maladies des yeux. Les vice-présidents sont : Dr F. Buller, Montréal ; Dr R. A. Reeve, Toronto ; Dr Ed. Desjardins, Montréal ; Dr A. A. Foucher, Montréal. Les Secrétaires sont : Dr W. H. Smith, Winnipeg ; Dr Jehin Prume, Montréal, et Dr T. H. Bickerton, Liverpool.

Le Dr D. J. Leech, prof. à l'Université Victoria, de Manchester, présidera la section de pharmacologie et de thérapeutique. Vice-présidents : Dr A. D. Blackader, Montréal ; Dr James Thornburn, Toronto ; Dr C. R. Church, Ottawa ; Dr J. B. McConnell, Montréal, et Dr F. J. Austin, Sherbrooke ; Dr Walter George Smith, Dublin. Les secrétaires sont : Dr F. X. L. DeMartigny, Montréal ; Dr J. R. Spier, Montréal, et Dr W. Charles Robertshaw Marchall, Downing, College, Cambridge.

Le Dr Greville Macdonald, président de la section de laryngologie et otologie et un des spécialistes les mieux connus de Londres et l'auteur de plusieurs ouvrages sur les maladies de la gorge et des oreilles. Vice-présidents : Dr W. Tobin, Halifax ; Dr G. A. S. Ryerson, Toronto ; Dr H. S. Birkett, Montréal, et Dr G. R. McDonagh, Toronto. Les secrétaires sont : Dr Chrétien, Montréal ; Dr H. D. Hamilton, Montréal, and Dr W. Permewan, Liverpool.

Le Dr Malcolm Morriss, président de la section de dermatologie, est rédacteur d'une revue médicale anglaise très appréciée, le *Practitioner*. Il est aussi chirurgien au St. Mary's Hospital. Vice-présidents : Dr J. E. Graham, Toronto ; Dr F. J. Shepherd, Montréal ; Dr J. A. S. Brunelle, Montréal ; Dr J. L. Milne, Victoria. Les secrétaires sont : Dr Gordon Campbell, Montréal ; Dr J. M. Jack, Montréal, et Dr James Galloway, Cavendish Square, London.

Les autres colonies anglaises témoignent un grand intérêt à la prochaine réunion de l'Association Médicale Britannique. Des lettres reçues de l'Australie, du Cap, des Bermudes et des Barbades permettent déjà de compter sur la collaboration des médecins de ces colonies éloignées.

Les Compagnies de chemin de fer ont accordé les diminutions du prix non-seulement aux membres étrangers de l'Association, mais aussi aux membres canadiens.

Un médecin de Winnipeg a souscrit $100 au fonds des dépenses du prochain congrès.

Les présidents de toutes les Facultés de médecine de France ont reçu la lettre suivante :

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous transmettre officiellement, de la part de la branche de Montréal de l'Association Médicale Britannique, l'invitation d'assister à la prochaine réunion de l'Association, qui doit avoir lieu à Montréal, Canada, le 31 d'août prochain.

C'est le grand espoir de la profession médicale du Canada de voir la faculté dont vous êtes le digne président représentée à la réunion de l'Association Britannique, et la Faculté, en se rendant à ce désir, s'attirera la gratitude de tous les médecins canadiens-français. Le comité exécutif, appuyé par les autorités législatives et civiques, serait heureux d'obtenir la participation des médecins de France à cette réunion.

Permettez-moi, M. le Président, de joindre l'expression de ma considération la plus sincère aux vœux du comité exécutif, et de souhaiter avec ardeur qu'ils soient accueillis favorablement."

La même invitation a été adressée aux présidents du Comité Consultatif d'hygiène publique de France, de la Société française d'hygiène et de la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle.

Formulaire des Régimes alimentaires, par le Dr H. GILLET, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 volume in-18, de 316 pages, cartonné. ..... 3 fr.

Hygiène ou thérapeutique, les prescriptions diététiques coudoient dans les ordonnances médicales les prescriptions pharmaceutiques. Parfois même, les détails consacrés à l'établissement du régime l'emportent de beaucoup en longueur ou en importance sur les formules médicamenteuses. De ce chef, les différents régimes alimentaires méritent toute l'attention du médecin praticien.

La diététique remplit deux indications capitales.

Elle donne les moyens de réparer les pertes subies par l'organisme et indique les substances les mieux aptes à remplir ce but. Elle fait rejeter de l'alimentation les substances nuisibles, dont la consommation ne servirait qu'à entretenir ou à créer l'état pathologique qu'on se propose justement de guérir ou de prévenir.

C'est donc presque toujours en partie double que se prescrivent les régimes, *ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire.*

La première partie du *Formulaire* de M. GILLET comprend tout ce qui regarde les régimes en général, la composition des aliments, le mode d'administration.

La deuxième partie comprend les régimes dans l'état de santé, avec leurs variantes selon les états physiologiques ou sociaux.

Dans la troisième partie se trouvent la description des régimes à l'état de maladie, régimes généraux, régimes spéciaux, avec tous les détails nécessaires.

Pour faciliter les recherches, le même ordre a été suivi à propos de chaque régime : sous la rubrique *base du régime* sont exposées les notions scientifiques qui doivent servir à l'établissement du régime. Viennent ensuite les détails qui se rapportent à la *composition du régime*, au *mode d'administration*, aux *résultats* et aux *inconvénients*, aux *indications* et aux *contre-indications.*

CHRONIQUE

On se rappelle qu'il y a un an, le département d'hygiène de la ville de Montréal prit l'entier contrôle de l'hôpital pour les maladies contagieuses, qui jusque-là avait été divisé en deux sections, l'une catholique sous la direction de l'hôpital Notre-Dame, l'autre protestante sous celle de l'hôpital Général. Les autorités de l'hôpital Notre-Dame, averties que leurs services n'étaient plus requis, retirèrent immédiatement les sœurs grises qui avaient soin du département, ne voulant en aucune façon les exposer à un conflit facile à prévoir. Mais les autorités de l'hôpital Général refusèrent de se conformer aux avis du bureau de santé, et se maintinrent dans leur section, où elles sont encore. Après un an de cette existence fausse, deux cents citoyens influents de cette ville viennent d'adresser au maire de Montréal la requête suivante :

A Monsieur le Maire et MM. les Échevins de la cité de Montréal.

MESSIEURS,

Considérant que les changements apportés l'année dernière dans l'administration de l'hôpital pour les maladies contagieuses constituent une injustice pour l'hôpital Notre-Dame ; que les autorités de l'hôpital Notre-Dame, en se conformant aux ordres du Bureau de Santé, n'ont obéi qu'à un sentiment de délicatesse et de conciliation ; que l'organisation actuelle de l'hôpital des maladies contagieuses, après une expérience d'un an, n'a pas donné la satisfaction qu'on en attendait, n'ayant pas su se rallier la confiance de tous les éléments de notre population, qui préfère voir cet hôpital divisé en deux sections distinctes, dont une pour les catholiques et l'autre pour les protestants ; que la prolongation de l'état de choses actuel est de nature à déprécier considérablement aux yeux du public, les mesures sanitaires adoptées par les autorités médicales et civiques ; que le rétablissement de l'hôpital civique, tel qu'il était avant le 1er avril 1896, serait de nature à ramener la confiance du public, à faire cesser le malaise qui existe maintenant et à mettre l'organisation de cet hôpital sur un pied d'utilité qui rencontrerait les vues et les besoins de toute la population,

Nous, soussignés, citoyens de la ville de Montréal, vous prions avec instance de vous rendre aux vœux de la population catholique de cette ville, et de confier de nouveau à la direction efficace de l'hôpital Notre-Dame la section catholique de l'hôpital pour les maladies contagieuses.

Les examens de médecine sont terminés dans les différentes universités. Voici les noms de ceux qui ont reçu leur diplôme à l'Université Laval :

J. M. Aumond, A. Besner, R. Beauchesne, P. Bedard, Arthur Bernier, M. Caissac, Geo. E. Cartier, M. Daigneault, Elz. Deguire, F. X. Duplessis, Hector Desloges, Albert Dansereau, C. Éthier, Art. Fournier, E. Groulx, W. Lamy, H Lafleur, Albert Laramée, A. Lasonde, H. Lavallée, O. Letourneux, F. X. Massicotte, Jos. Mongo-Mourges, Ant. Miquelon, Jos. Myre, M. Ouimet, Horace Pelletier, Jos. Pesant, E. Primeau, J. A. Poirier, J. A. Pinault, J. R. Remillard, Jos. N. Roy, Z. Thibault, R. Tremblay, et O. Tourigny.

A McGill, 76 candidats ont reçu leur diplôme de docteur en médecine.

Sir William Hingston et le Dr Roddick viennent d'être nommés membres honoraires de la Société Médicale de Londres.

TRAVAUX ORIGINAUX

LAPAROTOMIE PRATIQUÉE TROIS FOIS CHEZ LA MÊME PERSONNE DANS L'ESPACE DE SEIZE JOURS.

Kyste de l'ovaire.—Péritonite.—Occlusion intestinale.—Guérison.

Par le Dr L. Coyteux Prévost.

Malgré les succès toujours croissants dont s'applaudit à juste titre la chirurgie contemporaine, je persiste à considérer l'ouverture de l'abdomen comme un défi dont les conséquences sont toujours aléatoires, et si je devais jamais renoncer à la pratique de la chirurgie abdominale, ce serait, il me semble, pour ne plus avoir à subir les angoisses que me fait toujours éprouver l'approche du troisième jour qui suit la laparotomie. Quelles que soient les conditions pathologiques qui aient déterminé le chirurgien à pénétrer dans la cavité du péritoine, dès le réveil anesthésique l'opérée demeure exposée à une série d'accidents des plus redoutables. Durant les premières heures, c'est le shock opératoire, puis ensuite l'hémorrhagie due à l'insuffisance ou à la défectuosité des ligatures. Mais les surprises de ce genre deviennent de moins en moins à craindre à mesure que la technique opératoire se perfectionne. Il n'en est plus de même des complications qui surgissent aux alentours de la troisième journée. En dépit des précautions antiseptiques et aseptiques les plus rigoureuses, rien ne nous assure que quelques germes ne se sont pas faufilés sournoisement dans le champ opératoire. La malade alors, que nous avions laissée la veille dans l'état le plus rassurant, s'éveille le lendemain se plaignant d'un peu de douleur abdominale ; la température quelquefois s'élève ; le pouls s'accélère et atteint graduellement 100, 110, 120 pulsations ; les vomissements produits par l'anesthésie et qui avaient cessé à la fin du premier jour, reparaissent, verdâtres ; le ventre se météorise et avant que vingt-quatre heures se soient ılées, l'aggravation des symptômes ne nous aura plus laissé aucun doute sur istence d'un empoisonnement septique, la plus formidable complication qui se accompagner le traumatisme de la grande séreuse péritonéale. Nous mes désormais à la merci de deux facteurs, le plus souvent indépendants des ens d'action que nous pouvons leur opposer, à savoir : le caractère plus ou ns virulent de l'agent septique et la plus ou moins grande résistance du in sur lequel il se développe.

Certes, nous ne sommes pas absolument désarmés ; mais nos ressources, en pareille occurrence, sont bien pauvres et bien impuissantes ! Les uns ont recours à l'opium, les autres aux purgatifs ; application de glace ou fomentations chaudes. Un point : c'est tout.

La terminaison généralement fatale des cas de ce genre a poussé les chirurgiens désespérés à recourir aux interventions les plus héroïques sans que leurs efforts aient été couronnés par un nombre de succès bien appréciable. Aussi se sont-ils résignés à demander à la prophylaxie ce que leur refuse si fréquemment la thérapeutique, en redoublant d'attention dans l'application des principes que nous enseigne la plus scrupuleuse asepsie.

Grâce à la religieuse observation de ces préceptes consacrés par l'expérience, j'ai eu la satisfaction d'éviter jusqu'ici ces dangereux accidents à la suite des opérations déjà nombreuses que j'ai pratiquées depuis quelques années. Malheureusement, il était écrit que je subirais comme les autres le baptême du feu ; je viens de le recevoir, et encore tout meurtri des tortures morales que j'ai endurées, je ne résiste pas au désir de publier l'observation du cas intéressant dont voici la relation :

Il s'agit d'une jeune femme, agée de 24 ans, qui entra le 3 mars à mon hôpital particulier pour se faire opérer d'un petit kyste de l'ovaire droit, accompagné de rétroversion utérine. Mariée depuis deux ans, elle n'a jamais eu d'enfants ni fait de fausse-couche. Elle se plaignait de dysménorrhée et surtout de pollakiurie. La digestion était laborieuse et depuis quelques temps l'amaigrissement était devenu considérable. Douleurs fréquentes dans l'aine droite et dans les lombes, faiblesse générale. Pas d'antécédents tuberculeux.

L'utérus était en rétroversion, mobile, légèrement douloureux. Dans le cul-de-sac postérieur, légèrement à droite, masse semi-fluctuante, de la grosseur d'une petite orange, sensible au toucher. Diagnostic : petit kyste de l'ovaire ou peut-être collection quelconque dans la trompe.

La malade fut éthérisée et durant l'examen qui précéda l'opération la petite tumeur située dans le Douglas disparut tout-à-coup. Evidemment, elle s'était rompue dans la cavité abdominale.

Pourvu que ce ne soit pas un pyosalpynx !

Je me hâtai de faire le curettage de l'utérus et j'ouvris ensuite l'abdomen. C'était bien un kyste de l'ovaire, crevé à sa partie postérieure. Il pouvait contenir à peu près deux onces de liquide. Pas d'adhérences. La poche fut enlevée rapidement, le pédicule ligaturé au catgut et rôti au thermo-cautère. Hystéropexie au moyen de deux crins de Florence.

L'abdomen renfermait un peu de sérosité sanguinolente provenant du kyste dont la cavité unique était tapissée par un épithélium absolument lisse.

L'opération fut pratiquée rapidement ; je commis même la faute de négligeant la toilette minutieuse du péritoine. La compresse destinée à protéger l'intestin étant totalement imbibée, elle avait, sans doute, absorbé tout le liquide issu de l'ovaire, lequel du reste, devait être stérile comme il arrive dans l'immense majorité de ces kystes simples. J'étais, comme on le verra, dans la plus profonde erreur.

Tout se passa sans incidents remarquables durant les premiers jours qui suivirent l'opération.

Au commencement de la troisième journée, j'éprouvai une certaine inquiétude en constatant que le pouls était plus fréquent qu'il aurait dû être. La malade, en outre, se plaignait de douleur abdominale et vers quatre heures du soir, elle vomit un peu de bile.

Le lendemain, les vomissements devinrent plus fréquents, les autres symtômes demeurant les mêmes. Un lavement de glycerine fut suivi d'effet. Je fis administrer une dose de sulfate de magnésie et j'attribuai à ce médicament l'augmentation des douleurs qui survint dans le cours de la journée. Cependant la température s'éleva à 101 : le pouls dépassa 100 pulsations, le ventre parut légèrement météorisé et sensible à la pression. Etait-ce le début de la péritonite ? Le contenu de ce malheureux kyste aurait-il été septique, par hasard ?

Je fis appliquer des sacs de glace sur l'abdomen ; des injections hypodermiques de strychnine furent pratiquées toutes les 3 heures ; je prescrivis le repos absolu et un sinapisme au creux épigastrique si les vomissements persistaient.

Le 10 mars (5ème jour) les symptômes s'étaient aggravés. La malade avait vomi toute la nuit, la face était anxieuse, le pouls battait à 110, la température se maintenait normale. Le météorisme avait augmenté ; les douleurs revenaient par paroxysmes et produisaient chaque fois des nausées, des vomissements et de l'accélération du pouls.

Evidemment, c'était bien la péritonite. Les accidents, il est vrai, n'offraient pas absolument le caractère de l'inflammation septique sur-aiguë du péritoine, telle que décrite un peu partout. Ainsi, on remarquait bien sur la figure de la malade une expression de langueur, de fatigue, mais elle ne présentait pas cet aspect de détresse, inoubliable pour celui qui en a été témoin une fois dans sa vie : traits tirés, nez pincé, respiration haletante. Le pouls, quoique fréquent, ne dépassait pas 120. L'abdomen était météorisé, mais pas uniformément tympanique. Il était douloureux à la pression, cependant l'examen ne provoquait pas cette sensibilité exquise, qui permet à peine le simple poids des couvertures : la malade supportait, sans se plaindre, deux lourds sacs remplis de glace. Pas de constipation : l'intestin avait été convenablement vidé par le lavement de glycerine. La température était normale quoique cependant, elle offrît une tendance à l'hypothermie.

Malgré l'absence de ces phénomènes cliniques dont on aurait tort, à mon avis, d'attendre la manifestation dans tous les cas pour juger la gravité de la situation, l'anxiété relative des traits, la douleur et la distension abdominale, la rapidité et la fréquence du pouls, surtout l'agitation de la malade et les vomissements incoercibles ne me laissaient aucun doute sur la présence de l'inflammation du péritoine. Cette péritonite devait être septique, et si les symptômes ne présentaient pas encore l'intensité de ceux que l'on observe dans les cas graves d'infection *post-opératoire*, ils ne tarderaient pas, suivant toutes probabilités, à devenir des plus alarmants.

Je pratiquai un examen vaginal et trouvai l'utérus en bonne position ; mais

le cul-de-sac postérieur était rempli par une masse rénitente dont la sensibilité au toucher ne me permit pas de déterminer exactement les caractères.

A 2 h. P. M., la malade fut étherisée de nouveau. Au moment de l'opération, elle vomissait incessamment, le pouls battait à 120, la température = 98.5.

Je crevai rapidement avec des ciseaux le cul-de-sac de Douglass et j'introduisis l'index dans la cavité péritonéale. La masse que j'avais perçue à l'examen était due à une anse intestinale largement dilatée. Pas de pus, pas de sang, pas de sérosité. Je laissai à demeure une bande de gaze iodoformée dans l'ouverture que je venais de pratiquer et me hâtai d'ouvrir l'abdomen en divisant les tissus le long de l'incision primitive. L'épiploon est rouge, injecté; l'intestin vascularisé et fortement distendu. Pas d'adhérences, ni de liquide d'aucune sorte dans le péritoine.

Je lavai la masse intestinale avec plusieurs gallons d'une solution salée chaude stérilisée et refermai le ventre par des sutures de crin de Florence comprenant dans leurs anses toute l'épaisseur de la paroi.

L'opération avait duré 25 minutes; la malade avait respiré deux onces d'éther. Huit onces de sérum artificiel furent injectées sous la peau et une pinte du même liquide introduite par le rectum.

Malheureusement, je permis que la malade fut transportée immédiatement de la salle d'opération à sa chambre. Or, cette dernière est située au second étage et on y arrive par un escalier étroit. L'opérée dût être soutenue dans une position presque verticale; elle cessa aussitôt de respirer, le pouls disparut. L'infirmière effarée accourut me prévenir. Je me précipite et trouve en effet la pauvre femme étendue sur son lit... morte... ou en état de mort apparente.

"Vite, m'écriai-je, la respiration artificielle... et nous n'abandonnerons nos manœuvres qu'au bout de 25 minutes d'efforts inutiles... *à ma montre.*"

En effet, dans ces circonstances émouvantes, les minutes paraissent des heures, et j'ai l'intime conviction que des nouveau-nés, des noyés et d'autres personnes victimes de l'anesthésie, sont morts et auraient pu être rappelés à la vie si l'on s'était douté du peu de persévérance qu'on avait apporté à les secourir.

Au bout de six minutes, — oh! combien longues! — un peu de rigidité des bras, un gémissement... la malade était sauvée! Quatre pleines seringues d'éther furent injectées sous la peau; des boules d'eau chaude furent placées sous les couvertures. Piqûres de strychnine toutes les 2 heures; repos absolu.

Le soir, la réaction s'était accomplie d'une manière régulière. Le pouls de 156 était descendu à 130, puis à 120 et enfin à 115. Temp.: 98.5. Pas de vomissements.

Je pratiquai alors une injection hypodermique de 10 c. c. de sérum antistreptococcique, de Marmorek. Toutes les trois heures, lavements nutritifs composés de brandy, térébenthine et lait peptonisé. Absolument rien par la bouche.

Le lendemain (9 mars), l'état de la malade parut relativement satisfaisant, quoique le pouls continuât à être très fréquent et irrégulier. Temp. 99. Douleurs abdominales assez vives; vomissements moins fréquents. Toujours du

tympanisme. Des lavements glycérinés provoquent l'émission d'une grande quantité de gaz, mais pas de selle; sulfate de magnésie rejeté aussitôt par le vomissement. Calomel : 10 grains administrés en 3 paquets, une heure d'intervalle.

Nouvelle injection de 10 c. c. de sérum antistreptococcique. Glace en permanence sur l'abdomen. Lavements nutritifs. Le 10, un lavement de glycérine produisit une selle moulée assez abondante accompagnée d'une grande quantité de gaz intestinaux. Moins de nausées, vomissements plus rares, douleurs diminuées. T. = 100. Pouls = 118.

Nouvelle selle le soir.

Le 11. — Nuit bonne. Amélioration marquée. Quatre selles dans les 24 heures. Pouls fort à 104. T. 98.5. Météorisme disparu, douleurs abdominales insignifiantes. Ecoulement séreux par le vagin. La malade ne vomit plus, n'a plus de nausées. Figure calme. Elle commence à s'alimenter.

Le soir. — Temp. 98.5. Pouls 90.

Le 13, tout va bien. La plaie guérit rapidement. Douleurs nulles; tympanisme disparu. Les intestins fonctionnent régulièrement. Urine, = 29 onces dans les 24 heures. État général absolument satisfaisant et je crois pouvoir considérer la convalescence comme franchement établie.

Réflexions.

Qu'avait cette malade ? Quelle était la cause des troubles qui ont suivi la première opération ? Que serait devenue mon opérée si je l'avais abandonnée à elle-même ? Quelle a été la valeur de mon intervention ?

Tous les chirurgiens s'accordent à considérer la septicémie et la péritonite comme les complications les plus redoutables qui puissent survenir à la suite de l'ouverture du péritoine, mais ces deux états pathologiques ne se traduisent également pas par les mêmes manifestations.

L'infection péritonéale suraiguë post-opératoire, par exemple, tue souvent au bout de 36 heures sans que les malades aient offert le moindre indice qui pût attirer l'attention du côté du péritoine. Ce sont ces morts foudroyantes que plusieurs attribuent au shock opératoire, à tort selon Jayle (1) qui vient de démontrer que, dans les cas de ce genre, malgré l'absence totale de lésions macroscopiques, l'examen bactériologique décelle toujours la présence de germes pathogènes dans la sérosité que renferme la cavité abdominale; ces germes ont pénétré dans le sang et causé l'infection septique mortelle avant que l'organisme ait eu le temps d'organiser ses moyens de défense.

La péritonite proprement dite débute du 2e au 4e jour. Le pouls s'accélère, devient petit, filiforme; le ventre se ballonne et acquiert une extrême sensibilité; les vomissements sont incessants, la constipation opiniâtre, la respiration laborieuse; les traits s'altèrent et la face, grippée, exprime la plus grande détresse. Mais ces phénomènes ne se déploient pas toujours dès le début, d'une manière aussi solennelle; ils sont subordonnés au degré de virulence de

(1) Jayle. De la septicémie péritonéale aiguë post-opératoire. Thèse de Paris, 1895.

l'agent qui les produit et aux conditions du terrain sur lequel la lutte s'est engagée. Chez notre malade, par exemple, l'appareil symptomatique était juste assez sérieux pour nous causer la plus vive anxiété, l'orage n'avait pas encore éclaté, mais le tonnerre grondait et la *vivisection* opératoire que j'ai pratiquée nous a prouvé qu'il était temps de nous mettre à l'abri : l'intestin partout était couvert d'arborisations vasculaires, la péritonite était allumée.

Pourquoi cette péritonite ?

Le périitoine s'enflamme à la suite d'un traumatisme chirurgical parce qu'il a été contaminé par des germes pathogènes. Ils ne nous sont plus étrangers ces innombrables malfaiteurs ; les bactériologistes les ont surpris en flagrant délit, et nous ont fait connaître leurs formes, leurs habitudes et leur méchanceté. Pour punir ces infiniment petits des désastres infiniment grands qu'ils sèment sous leurs pas, nous les avons affublés de noms dont la prononciation heurte les cordes vocales comme un sanglot : streptocoques, staphylocoques, diplocoques, bactérium coli. Ce dernier s'obstine à rester latin. Honneur à lui si c'est par amour du sol natal : ce qui après tout dénote un bon naturel. Qu'il conserve son patriotisme, la langue française, sans lui, ne s'en portera pas plus mal. Ce prolétaire sans prétention se complait dans le réduit obscur où il a pris naissance et demeure assez inoffensif tant que le poison qu'il distille n'a pas acquis des proportions trop considérables Cependant, si, à la faveur d'une distension intestinale exagérée, il *se dialyse* à travers les minces parois qui l'emprisonnent ; surtout, si au moment de son émancipation il trouve pour l'accueillir un bon lit tout chaud, constitué par de la sérosité épanchée dans la cavité abdominale, il grandit aussitôt tout comme l'espagnol de la Périchole, et grâce à son étourdissante fécondité il pullulera à l'infini souillant de son venin la grande séreuse qui protestera avec énergie contre cette invasion souvent mortelle.

Je ne mentionne que pour dédaigner son impuissance le staphylocoque blanc dont Grawitz et Burgihski ont inoculé des cultures pures dans le péritoine de souris saines sans provoquer le moindre accident.

Mais il n'en est plus ainsi du *streptocoque*, le plus grand scélérat de la série. Bourreau des femmes en couches, c'est lui le fauteur de la fièvre puerpérale, de l'érysipèle et de la septicémie post-opératoire. Mais il n'a qu'a bien se tenir : Marmorek a les yeux fixés sur lui et si les espérances que nous ont fait concevoir les coups qu'il lui a déjà portés se réalisent, ce misérable pyogène pourrait bien avant la fin du siècle rencontrer son Waterloo.

Comment ces germes, quels qu'ils soient, ont-ils réussi à tromper notre surveillance ? Par quel moyen ont-ils pu pénétrer jusqu'au péritoine et y déterminer les dégats qui ont mis les jours de ma malade en danger ?

Dois-je incriminer le manuel opératoire ? Certes, je crois la chose peu probable, mais elle est bien possible. Malgré les précautions inouïes dont nous nous entourons toutes les fois qu'il nous faut ouvrir l'abdomen ; malgré la sévérité du cérémonial et l'observation rigoureuse des règles dictées par la plus stricte

asepsie, ce serait être bien présomptueux que d'espérer avoir atteint la perfection. Furbringer nous a expérimentalement démontré combien il est difficile, par exemple, d'aseptiser absolument les mains de l'opérateur, quelque lavage qu'on leur fasse subir. Puis, dans le cours d'une opération relativement longue, est-on toujours sûr que le péritoine sera constamment à l'abri de la moindre souillure qui, toute légère qu'elle est, pourra se terminer par une catastrophe ?

Quoi qu'il en soit, on me croira sans peine quand je dirai que j'aime mieux supposer un caractère septique au liquide que contenait ce petit kyste. Je sais bien que les hydrosalpynx et les kystes simples de l'ovaire sont généralement stériles, cependant on ne saurait jamais s'y fier et les observations ne sont pas rares d'accidents survenus à la suite de l'épanchement dans le péritoine de la sérosité apparemment inoffensive qu'ils renfermaient (1). Puis, je me reprocherai toujours d'avoir cette fois-ci commis l'imprudence de refermer l'abdomen sans avoir obéi à la sage et louable habitude d'assécher scrupuleusement la séreuse dans tous ses recoins. Des germes même septiques, déposés dans une cavité abdominale sèche, peuvent demeurer absolument inoffensifs, alors qu'au contact d'une qnantité même insignifiante de sérosité ils auraient pu acquérir une virulence extrême. Les expériences faites récemment sur ce sujet par Pichevin et Petit sont des plus concluantes (2).

Que serait devenue ma malade si je n'étais pas intervenu ? Quelle part peuvent réclamer dans la terminaison heureuse 1° la réouverture de l'abdomen, 2° le lavage et le drainage, 3° les injections sous-cutanées et rectales de sérum artificiel, 4° les injections de sérum antistreptococcique ?

Loin de moi la prétention de chercher à attribuer la guérison de cette malade exclusivement aux moyens thérapeutiques que j'ai mis en œuvre. Je crois avoir trop d'expérience pour tirer des conclusions péremptoires d'un fait isolé ; cependant, qu'il me soit permis d'offrir quelques considérations, ne serait-ce qu'à titre de pièces justificatives.

La réouverture de l'abdomen pure et simple a-t-elle quelque influence sur la péritonite septique ? Je n'en sais rien ; seulement la chose est bien possible : on connaît ce qui se passe généralement dans la péritonite tuberculeuse traitée par la simple laparotomie. Je crois néanmoins que l'effet salutaire obtenu dans la péritonite septique par l'ouverture du ventre, ne réside pas purement dans le fait de l'exposition de la séreuse, mais surtout dans le lavage qui l'accompagne et peut-être aussi dans la nature du liquide employé. Naturellement quand il existe des adhérences à détruire, un épanchement purulent à évacuer, les résultats favorables sont faciles à comprendre ; mais, en dehors de ces cas, il en existe d'autres dans lesquels la laparotomie et le lavage de la cavité péritonéale ont été suivis de succès.

---

(1) *Keating & Coe.* Clinical Gynæcology p. 708, 714, 722. (*Baer*) Amer. Gyn. and Obs. Jour. 1895. July p. 43.

(2) *Pichevin & Petit.* Arch. de Tocologie, 1895, p. 882.

Les exemples de réouverture de l'abdomen quelques heures ou quelques jours après une laparotomie ne sont pas très fréquents. Quand les symptômes sont très graves, la situation est jugée désespérée, le chirurgien hésite et s'abstient de crainte de voir la malade mourir sur la table pendant l'opération. Si les accidents sont moins sérieux, il faut une somme de courage assez considérable pour se déterminer à opposer un moyen aussi héroïque à des symptômes relativement peu alarmants.

C'est surtout dans les cas d'hémorrhagie interne post-opératoire, que l'abdomen a été réouvert à la suite de la laparotomie, ordinairement avec succès quand on n'a pas trop attendu. (Noble, West, Lochart.)

Pour combattre la péritonite septique, les auteurs classiques conseillent cette opération, les uns avec réserve (Keating & Coe), d'autres avec timidité (Pozzi) quand ils ne la rejettent pas absolument (Schroeder, Hofmeier, Hegar et Kaltenback.)

A la séance du 7 nov. 1895 de la "Philadelphia Obstetrical Society" le Dr Parish a communiqué 4 cas de réouverture dont 3 pour péritonite septique, suivis de succès. A la même séance, le Dr Wenning relate l'observation d'un kyste dermoïde compliqué de fistule intestinale. Réouverture le 4ème jour ; mort. Le Dr Palmer rapporte un cas analogue terminé par la guérison. Jayle a perdu toutes les malades qu'il a réouvertes pour septicémie péritonéale aiguë post-opératoire ; il a obtenu un succès dans un cas de péritonite septique.

Le Dr Douglass cite un cas de péritonite septique traitée par la laparotomie et drainage. Guérison. Trois semaines après, obstruction intestinale. Réouverture, rupture des adhérences. Guérison (1).

Il est inutile de multiplier ces citations. Qu'il me suffise d'ajouter que la réouverture de l'abdomen à la suite de la laparotomie ne nous inspire plus aujourd'hui la frayeur qui, en 1894, faisait dire à McMurtry que, même dans les hémorrhagies post-opératoires, cette opération était généralement suivie de mort. Pour lui cette suprême ressource était tellement formidable qu'il disait : "These are the occasions in which a man sweats blood." (2) Naturellement, les circonstances qui forceront la main du chirurgien seront toujours exceptionnellement impérieuses ; toutefois il serait dangereux, à mon avis, d'attendre pour intervenir que les symptômes présentent le caractère de gravité que paraît réclamer le Dr Noble (3), car alors nous nous exposerions au risque d'avoir attendu trop tard. Il en est ainsi des conditions exigées par Hoffman, qui ne considère cette intervention justifiable que dans les cas où nous aurons pu constater la présence d'une collection quelconque dans la cavité abdominale. Outre que ce diagnostic peut offrir souvent de graves difficultés, les cas cités par Parish et le mien démontrent que l'état de la malade peut être très alarmant sans qu'il existe le moindre épanchement de pus, de sang ou de sérosité dans le péritoine.

---

(1) Amer. Gyn. & Obs. Jour., 1895, janv. p. 61.

(2) Journal of Obs. Dec. 1894, p. 888.

(3) Philadelphia Obs. Society, Nov. 7, 1895.

S'il faut en croire certains observateurs, les résultats favorables obtenus par les lavages de l'abdomen ne seraient pas dus uniquement à leur action mécanique. On a attribué à l'eau chaude salée (sérum artificiel) un effet quasi-spécifique sur les bactéries qui auraient pu contaminer le péritoine. Bien plus, on a émis l'opinion que le sérum artificiel injecté dans les veines avait une influence thérapeutique manifeste sur tout accident septicémique en général. C'est ainsi que Berlin (1) attribue la guérison d'une péritonite survenue à la suite d'une hystérectomie vaginale, à l'injection intra-veineuse de 1400 grammes d'eau salée. Th. Auger injecta de six à sept litres de sérum dans les veines d'un jeune homme après laparotomie pour un coup de pied de cheval : guérison.

Je n'ai là-dessus aucunes données personnelles ; j'ai suivi la pratique générale parce que l'impression que j'ai reçue de ce que j'ai lu sur ce sujet me porte à croire que ce moyen est ordinairement suivi de bons résultats. Je crois en outre que les effets produits par le sérum artificiel sont plutôt dus à son action physiologique sur le système circulatoire qu'à une action spécifique quelconque sur les germes pathogènes. Tous les jours, à la suite des grandes opérations, nous avons l'occasion de constater l'efficacité de l'eau salée stérilisée chaude et je ne pense pas qu'il soit nécessaire de l'injecter dans les veines : nous obtenons les mêmes effets au moyen de son introduction dans le tissu cellulaire ou dans le rectum. C'est à cette double voie que je me suis adressé chez la malade qui fait le sujet de cette observation.

Quant au drainage, je dois avouer que je l'ai en profonde horreur et dans les nombreuses opérations que j'ai pratiquées sur l'abdomen, j'y ai eu bien rarement recours : je ne l'ai jamais regretté. Je partage absolument l'opinion de Lawson Tait et je fais comme lui : "là où les autres drainent, je purge." Dans ce cas-ci, peut-être aurais-je eu raison de placer un drain dans l'abdomen ou à travers le vagin au moment de la première opération. Cette pratique, si je l'avais suivie, aurait-elle prévenu les accidents ? Je l'ignore. Tout ce que je sais, c'est qu'il n'y avait rien d'appréciable à drainer. Cependant, désirant mettre toutes les chances de mon côté, après la seconde laparotomie, j'ai cru devoir laisser une mèche de gaze dans l'ouverture que j'avais pratiquée dans le Douglas. J'ai enlevé ce drain au bout de six jours comme nous le faisons à la suite de l'hystérectomie vaginale ; une quantité insignifiante de sérosité s'était écoulée par le vagin, de sorte que je doute fort que cette précaution ait eu une influence quelconque sur la terminaison de la maladie.

L'ennemi était en force, il fallait faire appel à l'armée entière des moyens dont je pouvais disposer ; j'ai jugé urgent d'utiliser ma réserve et j'ai lancé dans le combat le *sérum antistreptococcique. !*

La sérothérapie est encore au berceau. Les résultats remarquables obtenus dans le monde entier au moyen de l'antitoxine de Roux nous ont grisés et légitiment, en quelque sorte, les espérances que nous avons conçues au sujet des autres sérums, quoique l'action de ces derniers ne repose pas absolument sur les mêmes principes. Le sérum de Marmorek possède déjà à son actif un certain

(1) Société de Chirurgie, 18 Déc. 1895.

nombre de succès assez encourageants, notamment contre les accidents puerpéraux que nous savons être dus généralement à l'action du streptocoque.

Pozzi cite un cas de péritonite septique terminé heureusement à la suite de l'injection de ce sérum. (1)

Rommelaere en a communiqué 2 cas suivis de guérison à l'Académie de médecine de Belgique (28 déc. 1895)

Law publie dans le *British Medical Journal* du 2 janvier 1897, l'observation d'un cas type de péritonite généralisée, guérie par le sérum antistreptococcique.

Il est vrai que j'ignore absolument si le streptocoque avait quelque chose à faire avec les accidents qui sont survenus chez ma malade, mais j'ai quelques raisons de le croire, vu que cet agent pathogène a été retrouvé plus souvent que les autres dans la péritonite post-opératoire. Jayle l'a rencontré 7 fois seul ou associé sur 14 cas. Keating et Coe prétendent que dans la grande majorité des cas, c'est ce microbe qui est en cause et qu'il faut toujours soupçonner sa présence dans les complications qui surviennent à la suite des grandes opérations sur l'abdomen. D'ailleurs, le Dr Sharp a publié tout récemment l'observation détaillée d'un cas grave de septicémie puerpérale où l'injection du sérum de Marmorek a été suivie de guérison et dans lequel l'examen bactériologique a démontré l'absence totale de streptocoques. (2)

Quoi qu'il en soit, je n'insiste pas ; toute discussion sur un sujet si neuf doit forcément demeurer stérile.

Mais, je n'ai pas encore fini avec la narration de cette dramatique histoire : il y a un autre acte.

A la suite de la seconde laparotomie, tout était rentré dans l'ordre : le pouls et la température étaient revenus à l'état normal, la plaie guérissait par première intention, les douleurs étaient nulles, l'alimentation se faisait régulièrement; en un mot, l'état général de la malade nous faisait espérer une convalescence sans encombres.

Le 16 mars, c'est-à-dire une semaine après la dernière opération, je me trouvais de passage à Montréal, en route pour Saint-Jérôme où m'appelaient des affaires professionnelles. Je reçus une dépêche me mandant sans délai à Ottawa : mon opérée allait plus mal. J'arrivai au milieu de la nuit et trouvai la malade en proie à de vives douleurs siégeant autour de l'ombilic. Vomissements continuels. Pouls à 120. Température = 98.5. Grande faiblesse. J'appris que la nuit précédente elle avait rejeté son souper et que depuis, elle n'avait cessé de vomir. On lui avait en vain administré deux lavements successifs ; elle n'avait pas eu de selles.

Je fis aussitôt appliquer un sinapisme à l'épigastre et ne permis à l'intérieur que du vin de Champagne frappé, en petites quantités à la fois. Glace en permanence sur l'abdomen. Injections hypodermiques de strychnine pour com-

---

(1) Jayle. Loc. Cit., p. 89.

(2) *British Med. Journ*, 27 fév. 1897.

battre la défaillance cardiaque Piqûres de morphine si les douleurs devenaient plus vives.

Le jour suivant, la malade put garder quelques drachmes de sulfate de magnésie qui néanmoins demeurèrent sans effet. Le soir, 10 grains de calomel furent administrés sans plus de succès.

Le lendemain elle reçut toutes les deux heures des lavements de glycérine, de térébenthine, d'eau de savon, d'huile de ricin. La constipation résistait ; les vomissements augmentèrent, le pouls de plus en plus misérable battait à 130, 140. Le ventre se météorisa graduellement sans offrir de sensibilité bien marquée. L'intestin n'était pas paralysé comme l'indiquaient les mouvements péristaltiques tumultueux des anses intestinales qui se dessinaient en relief sous la peau de l'abdomen.

Bref, c'était de l'occlusion intestinale ! Le 20 mars (samedi) la malade n'avait pas eu de selles depuis six jours quoiqu'elle eût passé des gaz intestinaux à différentes reprises. Le ballonnement du ventre était considérable, les nausées et les efforts de vomissements incessants ; subdélirium, prostration extrême, traits profondément altérés. Evidemment, la mort allait survenir avant vingt-quatre heures si nous ne nous hâtions d'intervenir.

Pour la troisième fois dans l'espace de seize jours, la malade fut éthérisée. Au milieu des précautions aseptiques les plus sévères, j'ouvris de nouveau l'abdomen en pratiquant d'abord une boutonnière quelques centimètres plus haut que l'angle supérieur de la cicatrice. Je craignais en faisant pénétrer le bistouri dans l'ancienne incision, de blesser l'intestin qui devait avoir contracté des adhérences avec la paroi antérieure de l'abdomen. J'introduisis dans la cavité abdominale l'index gauche sur lequel je me guidai pour diviser soigneusement les tissus de haut en bas.

L'épiploon, épaissi, était adhérent tout le long de la cicatrice et attirait à ce niveau le colon transverse vide qu'il retenait appliqué comme une corde sur la masse intestinale sous-jacente. Je séparai les adhérences et réséquai l'épiploon après avoir passé dans toute sa largeur une ligature de catgut en chaîne.

Je plongeai ensuite la main vers le pédicule du ligament large que je trouvai intimement soudé à une anse de l'intestin fortement distendue, congestionnée, brunâtre et parsemée en deux ou trois endroits de larges plaques hémorrhagiques. Les adhérences étaient si fermes qu'il me fallut les diviser avec des ciseaux.

Une fois cette partie de l'intestin dégagée, j'examinai le fond du bassin par le toucher, car la masse intestinale gonflée par le météorisme ne me permettait pas de m'aider de la vue malgré la position de Trendelenburg.

Sur le plancher du bassin, une autre anse intestinale avait contracté avec les bords de l'ouverture que j'avais pratiquée dans le cul-de-sac postérieur du vagin des adhérences assez résistantes qu'il me fut facile néamoins de décoller avec les doigts. Je sectionnai, en outre, d'un coup de ciseaux deux ou trois brides étroites qui réunissaient les unes aux autres quelques anses de l'intestin grêle.

Après m'être assuré autant que possible qu'il n'existait plus aucun obstacle

je lavai largement la cavité abdominale avec la solution salée chaude et refermai l'abdomen sans drainage.

L'opération avait duré une heure et vingt minutes. Quantité d'éther, = 7 onces.

Le soir à 8 heures, la malade n'avait pas vomi et se plaignait de vives douleurs que ne purent calmer les applications de glace : on pratiqua une injection hypodermique de morphine. Je fis introduire le tube rectal afin de diminuer la tension de l'abdomen ; aucun gaz ne s'échappa mais le tube donna issue à une cuillerée de matières fécales, liquides, grisâtres, extrêmement fétides..... les premières depuis sept jours !

La nuit fut assez bonne ; les vomissements ne reparurent plus. Un lavement glycériné fut suivi d'une selle très fétide, peu abondante mais d'une consistance demi-molle. Le soir, à la suite d'une dose de sel Epsom, nouvelle selle accompagnée de gaz intestinaux. Douleurs vives toute la journée ; toujours du météorisme. Pouls = 120. Température = 100. Respiration normale.

Le 22.—Pouls = 120. Température = 101. Vives douleurs abdominales constantes.

J'injecte 10 c.c. de sérum antistreptococcique.

Le soir.—Nouvelle injection de 10 c c. de sérum.

Le 23.—Température = 99. Pouls = 100. Bonne nuit. Météorisme diminué ; facies excellent. Douleurs moindres.

Injection de 10 c.c. de sérum. Je fais supprimer la strychnine qui commençait à produire des contractions tétaniques dans les membres. Lavements nutritifs. Glace en permanence sur l'abdomen.

Le 24.—De mieux en mieux. La malade commence à s'alimenter. Depuis trois jours, elle a eu 8 selles toujours abominablement fétides. Le pouls est bon. La température oscille autour de 100.

Les 24, 25, 26, 27.—Température normale. Le pouls, un peu fréquent, est néanmoins fort régulier. L'incision abdominale est complètement cicatrisée. La malade n'a plus aucune douleur, dort bien et demande à manger.

Le 11 avril, entièrement rétablie, elle quitte l'hôpital pour retourner chez elle.

Ottawa, 1897.

Traitement du hoquet.—Les moyens les plus divers sont préconisés contre le hoquet : émotion vive, arrêt volontaire de la respiration ; verre d'eau bu à petites gorgées en se pinçant les narines, compression des poignets, etc.

Mais quelquefois ces procédés échouent et l'on est obligé de recourir aux agents thérapeutiques : électricité, révulsifs, glace, chloroforme, éther, antispasmodiques, etc.

Avant de recourir à cette thérapeutique, il serait bon d'essayer le moyen très simple que recommande M. Lépine, de Lyon, et qui est en somme l'extension permanente de la langue. Voici la technique :

Au moment de l'accès, saisir la langue du patient, la tirer un peu fortement de façon à sentir la résistance qu'oppose toujours en pareil cas la base de cet organe, et la maintenir tirée en dehors de la bouche aussi longtemps que l'exige la cessation du spasme.

"SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC"

Séance du 24 mars 1897.

La séance s'ouvre à 8 heures P. M., sous la présidence du Dr M. Ahern.

Le prodès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

L'assistance est fort nombreuse. La grande salle de l'amphithéâtre est complètement remplie.

Après les affaires de routine les applaudissements les plus sympathiques saluèrent l'entrée de Mgr J. C. K. Laflamme qui avait eu l'amabilité de préparer pour notre société un travail expérimental sur les rayons X.

Ce conférencier si bien connu, de qui tout éloge serait superflu, captiva l'attention de son auditoire durant près de deux heures, et le tint sous le charme de sa parole ; rien ne manquait pour rendre attrayant et instructif ce travail de valeur scientifique.

Aidée de nombreuses expériences, sa diction pleine de précision et de clarté apporta à tous la lumière nécessaire pour comprendre cette étrange partie lumineuse de l'électricité.

Voici un résumé de cette conférence :

Après avoir décrit en peu de mots la bobine d'induction qui fournit l'énergie électrique nécessaire aux expériences de Roentgen, le conférencier trace l'historique de la découverte du physicien allemand.

Cette découverte retentissante, qui a étonné si fort le monde savant, a été préparée de longue main, par une série de travaux dont les premiers remontent jusqu'à l'abbé Nollet et ses recherches sur les décharges dans les gaz raréfiés. Par ordre de dates viennent à la suite les expériences de Geissler, puis celles de Crookes, en 1879.

Ces dernières agrandirent singulièrement le cadre tracé par les anciens physiciens. Les tubes dits de Crookes, avec toutes les formes variées que leur a données le physicien anglais, sont dans tous les cabinets de physique. La série d'expériences qu'ils permettent de réaliser est des plus brillantes, et le fait que tous paraissent établir sans conteste est que, dans les tubes où le vide est poussé à une limite assez éloignée, il y a projection de matière perpendiculairement à la surface de la cathode, que cette effluve matérielle se fait en ligne droite, vec une vitesse d'environ 150 milles par seconde et que, là où ce jet frappe un bstacle, à l'anticathode, comme on dit maintenant, se produit une luminescence erte caractéristique de ces tubes.

Ce courant matériel se fait aux dépens des molécules du gaz résiduel, ou es molécules de la cathode elle-même, pulvérisée par les rayons ultraviolets. est attiré ou repoussé par un aimant, suivant la polarité de ce dernier.

Goldstein, qui, contrairement aux idées de Crookes, défendait la théorie énergétique des rayons cathodiques, prétendait qu'une lame, même très mince, était imperméable à ces rayons. Mais Hertz, Wiedemann et Ebert, en 1890, ont prouvé qu'il n'en était pas ainsi. Quatre ans plus tard, Lenard fit de très remarquables expériences par lesquelles il démontra que, non seulement les rayons cathodiques peuvent, dans certaines conditions, sortir des ampoules de Crookes, mais que, à l'extérieur, ces rayons sont attirables par l'aimant, provoquent la fluorescence, déchargent les conducteurs électrisés et agissent sur les plaques photographiques, absolument comme les radiations ultraviolettes.

En juin 1895, Wiedemann constate que, parmi ces rayons, il y en avait sur lesquelles l'aimant n'avait aucune action. C'était toucher du doigt, pour ainsi dire, les rayons Roentgen.

Enfin, dans les derniers jours de décembre 1895, Roentgen découvrit que ces rayons entrevus par Wiedemann existaient en grande abondance autour de l'anticathode, et il put en étudier les principales propriétés.

Un ancien tube de Crookes en forme de poire et enveloppé de papier noir, voilà tout ce qu'il faut pour répéter les expériences de Roentgen. On constate alors que l'anticathode de ce tube qui n'émet plus aucunes radiations lumineuses, est le siège de radiations qui déchargent les corps électrisés, ne se réfléchissent pas, ne se réfractent pas, ne se polarisent pas, rendent lumineuses plusieurs substances fluorescentes, comme le pentadécylparatolylcétone, le platinocyanure de barium, le tungstate de calcium, etc., traversent un grand nombre de corps opaques à la lumière ordinaire et agissent sur les plaques photographiques.

Roentgen, du premier coup, étudia toutes ces propriétés, et le fluoroscope lui-même, prôné à son de trompe par l'américain Edison comme étant une invention sienne, étendant indéfiniment le champ de la découverte du physicien allemand, est tout simplement l'écran de Roentgen, recouvert de tungstate de calcium dont la luminescence d'ailleurs, est loin de valoir celle du platinocyanure de barium.

Après avoir énuméré les principales substances opaques pour la lumière ordinaire et transparentes pour les rayons X, le conférencier fit voir comment on peut photographier les os d'un membre. Les os sont relativement opaques et les chairs transparentes pour ces rayons. Par conséquent, en posant la main sur une plaque photographique mise à l'abri de la lumière ordinaire et en la faisant traverser par une effluve de rayons X, les os font ombre sur la plaque, et celle-ci, une fois développée donne la silouette du squelette de la main avec tous ses détails. Si le membre renferme des parcelles métalliques, celles-ci sont également trahies par leur ombre sur la plaque sensible. Séance tenante, le professeur photographia un bras cassé depuis trois jours et enveloppé de tous ses bandages, afin de démontrer à la fois la transparence du bois, du linge et des chairs et l'opacité des os.

Roentgen a donné à ces nouvelles radiations le nom de rayons X, parceque, en dépit de toutes ses recherches, il n'avait pu en déterminer la nature.

L'absence de réflexion, de réfraction et de polarisation était surtout trou-

blante. Voilà pourquoi Roentgen à la suite de Jaumann s'est cru autorisé à y voir peut-être des vibrations longitudinales de l'éther, c'est-à-dire une espèce de vibrations toutes différentes des vibrations lumineuses ordinaires qui sont transversales.

Malgré la valeur très grande qu'il convient de donner à l'opinion du professeur de Wurtsbourg, l'opinion la plus commune est que les rayons X sont absolument analogues aux rayons lumineux ordinaires, mais d'une période beaucoup plus courte.

On explique aisément alors les anomalies apparentes de l'opacité. de la réflexion, etc., puisque nous avons des phénomènes analogues pour les radiations déjà connues. Ainsi l'eau est opaque pour les rayons infrarouges et l'argent transparent dans l'ultraviolet

De plus, l'indice de réfraction ne varie pas toujours suivant les lois de Snell-Descartes. La théorie avait prévu que, pour les très faibles longueurs d'onde, les corps tendent vers la transparence et l'indice vers l'unité.

Il est donc extrêmement probable que les rayons X sont analogues aux rayons lumineux, mais que leurs longueurs d'onde sont comparables aux dimensions moléculaires. D'ailleurs, ces radiations sont très complexes, et on peut espérer qu'on en dressera un jour le spectre comme on l'a déjà fait depuis longtemps pour les radiations lumineuses, calorifiques et chimiques

D'après cette manière de voir, laquelle, d'après le conférencier, est la seule qui soit justifiée par les faits actuellement connus, la série des vibrations éthérées est aussi longue pour le moins que celle des vibrations longitudinales des ondes sonores. Au milieu se placent les vibrations dites lumineuses, avec leur gamme à peu près complète.

Du côté du rouge, viennent lès vibrations calorifiques ou infrarouges, qui s'étalent jusqu'à une grande distance des vibrations lumineuses et qui ont été si bien étudiées par Langley à l'aide de son admirable bolomètre. Puis, toujours dans la même direction, nous trouvons une lacune que viendront combler sans doute plus tard des vibrations non encore étudiées. A la fin nous trouvons les ondes électriques de Hertz, dont les plus courtes découvertes jusqu'ici ont six millimètres et qui peuvent atteindre des milles de longueur.

Du côté du violet, des phénomènes analogues se rencontrent. Nous trouvons d'abord les rayons chimiques ou ultraviolets, dont Schumann a prolongé le spectre, jusqu'à découvrir des ondes de un dix-millième de millimètre de longueur. Puis un vide analogue à la lacune de l'infrarouge. Puis viendraient les rayons X, avec une longueur d'onde de l'ordre des dimensions moléculaires.

L'espace compris entre les rayons ultraviolets et les rayons X serait déjà en partie comblé par les radiations obscures émises par la blende hexagonale et découvertes par Becquerel. Comme les rayons X, ils traversent plusieurs corps opaques, agissent sur les plaques photographiques, mais ils se réfléchissent et se réfractent, ce qui indique une période de vibration supérieure aux dimensions moléculaires.

C'est donc une imprudence de dire que les rayons X tendent à renverser la théorie de l'optique. Nous avons tout lieu de croire au contraire qu'ils en

seront une brillante confirmation et qu'ils enrichiront son domaine en lui ouvrant de nouveaux horizons.

Le conférencier a terminé la soirée en projetant un bon nombre de belles radiographies prises par lui et présentant chacune un intérêt particulier.

Alors M. le docteur Vallée, secondé par M. le docteur M. D. Brochu, tous deux professeurs, remercia au nom de toute l'assemblée le savant conférencier, et dans une de ces heureuses improvisations dont il a le secret, il profita de la circonstance pour nous relater les incursions que les rayons X ont déjà faites dans le domaine des sciences médicales.

On passe ensuite au rapport suivant soumis par le comité d'organisation à la considération de l'assemblée : voici le texte même du rapport présenté par M. le Dr. Brophy, de Ste-Foye, sur l'efficacité de la désinfection par l'étuve de la cité de Québec :

" Sur l'invitation de M. le docteur Faucher, secrétaire du comité d'organisation, Messrs. les Drs. L. Fiset, A. Rousseau et moi, nous avons testé le pouvoir désinfectant de l'étuve à désinfection de l'hôpital civique de Québec, et voici notre épreuve et nos conclusions : nous avons mis à l'étuve désinfecteur, dans le milieu d'un certain nombre de sacs à désinfecter, une boîte en bois contenant des cultures des microbes des maladies les plus communes dans le moment, fièvres typhoïdes, diphtérie, érysipèle, pus venant d'un abcès, ainsi que des spores d'anthrax.

Ces cultures sont restées à l'étuve le temps ordinaire de la désinfection, à la température de 227° F., et ensuite nous en avons fait des cultures sur sérum, agar et bouillon. En même temps nous avons fait des cultures des mêmes espèces non désinfectées sur les mêmes milieux.

Toutes ces cultures ont été mises à l'étuve à 37° C., et déjà après 24 heures les préparations témoins commencèrent à se développer, mais celles qui ont passé à l'étuve de l'hôpital civique sont restées stériles et sans aucun développement.

Pour l'anthrax, nous avons inoculé un lapin avec les spores ordinaires, et ce lapin après 24 heures présenta un œdème considérable au point d'inoculation avec une élévation de température ; un autre lapin inoculé avec les spores passés à l'étuve est resté sans réaction ni locale, ni générale. Nous pouvons donc conclure que les cultures soumises à l'action de l'étuve désinfecteur de l'hôpital civique ont été complètement stérilisées et nous croyons que le résultat de nos expériences prouve d'une manière irréfutable l'efficacité du désinfecteur de l'hôpital civique de Québec."

Après quelques remarques confirmant les conclusions de ce rapport faites par M. le docteur L. Catellier, M. le président annonce pour la séance d'avril un travail sur " l'Épilepsie Jacksonnienne " et " Démonstration des localisations cérébrales," par le professeur de médecine interne, M. le Dr. M. D. Brochu

Enfin la séance est ajournée à la 3ième semaine d'avril.....

C. R. PAQUIN, M.D,,
Secrétaire.

FAIT CLINIQUE.

Dr JEHIN-PRUME.

Absence congénitale des iris (Aniridie.)

Le 12 mars 1897, se présentait dans mon service, à la Polyclinique St. Joseph, rue Cathédrale, une fillette de 11 ans, Marie-Louise V... présentant un cas d'une rareté excessive.

La mère de l'enfant me l'amenait, non pas pour ce qui nous intéresse ici, mais pour une légère rhino-pharyngite due à la présence de tumeurs adénoïdes. Ce n'est que surpris par la curieuse façon qu'avait l'enfant de regarder ce qui l'entourait, que mon attention fut attirée du côté des yeux. Et qu'elle ne fut pas ma surprise en constatant chez elle une *absence totale des iris aux deux yeux.*

Interrogée la mère me répond ; qu'elle et son mari ont toujours eu une bonne et robuste santé, n'ont jamais été malades, rien du côté des grands parents, paternels et maternels. L'enfant aussi se porte bien, très nerveuse cependant très agitée. La mère a toujours connu cette enfant dans cet état et les voisins et connaissances lui avaient même persuadé d'aller trouver un spécialiste. Ces braves gens voyant la curieuse manière avec laquelle l'enfant regardait, étaient persuadés que la petite était folle.

La petite malade possède cependant la totalité de ses facultés mentales, cause bien et ne raisonne pas mal pour une fillette de son âge. Du reste avec un verre + 9 d, la petite voit très bien à distance et témoigne clairement sa satisfaction.

Procédant à un examen plus complet, je constate à l'éclairage oblique l'absence *absolument complète* des deux iris. A l'examen ophtalmoscopique le fond de l'œil est normal, doré, pas de trace de cristallin et la choroïde est en contact directe avec la cornée sans marque apparente de corps ciliaire.

D'après la connaissance des parents, (interrogés à plusieurs reprises) il n'y eu à leur connaissance aucun cas semblable dans les familles ni du côté de la mère, ni de celui du père.

Ce cas, très intéressant au point de vue de curiosité médicale, vient très souvent à la Polyclinique et nous serons heureux de le soumettre à ceux de nos confrères qui désireraient l'examiner.

Dans des expériences faites à Lyon, le professeur Arloing a constaté que le erme de la fièvre typhoïde, déposé dans une pipette au centre d'un pain, est ué pendant la cuisson au four. Il en conclut qu'une eau contaminée employée ar un boulanger pour faire sa pâte ne saurait transmettre la maladie.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

LA PATHOGÉNIE DE LA GOUTTE.

Remarks on arthritic gout, by Sir Willoughby WADE.—*British Medical Journal*, Feb. 27, 1897.

The Goulstonian lectures on the chemistry and pathology of gout, by Arthur P. LUFF.—*British Medical Journal*, March 27, April 7-10, 1897.

La goutte est une maladie de la nutrition dont on ignore encore la nature intime; elle se déclare chez les individus prédisposés, soumis à un régime alimentaire défectueux, ou chez les ouvriers qui travaillent dans le plomb. La cause directe serait, surtout dans le premier cas, un défaut d'oxydation des aliments azotés qui se révèle par la présence dans le sang d'une quantité anormale d'acide urique et des dépots d'urate de soude dans les jointures. Les symptômes nerveux tiennent une place importante dans les manifestations de cette maladie, à tel point que certains médecins, Sir Dyce Duckworth entre autres, affirment que le trouble de la nutrition a d'abord pour point de départ un dérangement du système nerveux. En face de ces données quelque peu confuses, nos lecteurs liront avec intérêt le résumé de travaux publiés récemment en Angleterre.

Sir Willoughby Wade trouve que la théorie de la plus grande production de l'acide urique n'explique pas pourquoi le surplus de cet acide se déverse dans une jointure, jointure qui est dans la grande majorité des cas, du moins à la première attaque, celle du gros orteil. En revanche, si l'on étudie les symptômes nerveux de l'arthrite goutteuse, on s'apercevra que la douleur est linéaire, qu'elle siège non pas dans l'articulation, mais sur le trajet des nerfs qui s'y rendent, qu'elle demeure très vive alors que l'inflammation a de beaucoup diminué, et qu'elle précède même les manifestations inflammatoires. Pour Sir W. Wade, l'inflammation de la jointure est provoquée par une névrite, névrite amenée par l'intoxication uratique.

La théorie courante sur l'origine des dépots d'urate est un paradoxe, dit Sir Willoughby Wade. Dans l'attaque aiguë, le dépot est tellement petit que la jointure guérit rapidement. Cependant la douleur est très vive. Dans un grand nombre d'attaques chroniques ou sub-aiguës, le dépot est abondant, la douleur et la sensibilité sont très faibles. Voilà le paradoxe; dans une maladie douloureuse dépendant d'un dépot d'urate, plus ce dépot est considérable, moins la douleur est forte. Il semble que le nerf, tant qu'il peut devenir douloureux, ne provoque pas—retarde même,—la formation du dépot. Quand, par quelqu'altération jusqu'à présent inconnue, le nerf ne peut plus être douloureux, cela ne retarde aucunement, cela même accélère la formation du dépot.

La conclusion à tirer de ces faits est la suivante.

La névrite est l'élément primitif et essentiel. Lorsqu'un nerf sensitif est atteint, nous avons la douleur et la sensibilité; si c'est un nerf vasomoteur, nous avons la rougeur et le gonflement; si c'est un nerf nutritif, il se produira des changements dans l'articulation, dont l'un est la formation d'un dépot d'urate. Nous avons ainsi toutes les manifestations de la goutte.

Maintenant comment se fait-il qu'une substance toxique, l'acide urique, affecte tantôt un nerf, tantôt l'autre (nerf sensitif interne ou externe, nerf moteur, nerf vasomoteur, nerf trophique, nerf excréteur). Ceci peut s'expliquer par l'affinité de telle ou telle substance toxique pour tel ou tel réseau nerveux, la composition des tophus, le Dr Haig l'a démontré, pouvant varier chimiquement.

De son côté, le Dr Luff, du St. Mary's Hospital, dans une suite de conférences données à Londres devant le Collège Royal des Médecins, a passé en revue les différentes théories de la goutte et a étudié d'une manière spéciale le chimisme de cette maladie, grâce à une méthode de son invention pour doser l'acide urique dans le sang. Le Dr Luff soutient la théorie de Garrod et de Latham, que l'acide urique, à l'état de santé se forme dans le rein et est excrété par cet organe. Il croit que dans certaines maladies, comme la leucocythémie, où la présence d'acide urique dans le sang ne provoque pas la goutte, cet acide dérive de la nucléïne des tissus. Il n'a pas trouvé d'acide urique dans le sang des animaux sains ; l'acide y apparaît, d'après lui, à la suite d'une lésion de l'épithélium des tubes rénaux. Cette hypothèse expliquerait très bien l'étiologie de la goutte ; elle n'est basée, malheureusement, que sur des preuves indirectes.

Cependant le Dr Luff a établi des faits qui bouleversent un peu nos idées reçues sur la goutte. Il a prouvé, d'une manière concluante, que l'alcalinité du sang n'exerce aucune influence sur la solubilité de l'acide urique ou la précipitation de l'urate de soude, et que l'exagération de cette alcalinité ne dissous nullement les dépots d'urate. Il faut donc chercher à expliquer autrement l'action bienfaisante de l'eau de Vichy et des sels alcalins. Etudiant ensuite les sels inorganiques contenus dans les végétaux et la viande, il a vu que les premiers facilitent et que les seconds empêchent la dissolution de l'urate de soude. Ce sont donc les sels minéraux qui, dans les aliments, agissent sur cette intoxication organique qui est la goutte.

LE TRINITRATE D'ERYTHROL DANS L'ANGINE DE POITRINE.

A case of angina pectoris treated by erythrol tetranitrate with marked benefit, by J. B. BRADBURY.—*British Medical Journal*, April 10, 1897.

Le Dr Bradbury, professeur de médecine à l'Université de Cambridge, rapporte dans le numéro du 10 avril du *British Medical Journal* un cas fort intéressant d'angine de poitrine idiopathique où des doses bi-quotidiennes de 1 grain de trinitrate ont apporté un soulagement marqué alors qu'un certain nombre de médicaments avaient peu réussi.

Le Dr G. est pris à 75 ans de crises d'angine de poitrine nerveuse assez fortes. Il se soigne successivement avec la digitale, le strophantus, la quinine, la strychnine, le cactina, l'arsenic, mais sans effet. Le crises ne font que se rapprocher et les symptômes sont : douleurs au sternum, aux coudes et dans les doigts, respiration accélérée, douloureuse, saccadée, et quand l'attaque n'est pas coupée, angoisse profonde avec pouls imperceptible. Les attaques sont provoquées par un mouvement, un léger effort mental ou surviennent pendant le sommeil ou le repos ; une dose de $\frac{1}{50}$ grain de nitroglycerine produit des battements dans les tempes, renforcit le pouls, calme la douleur et rend la respiration normale.

Pour calmer ainsi une attaque qui s'annonce, le Dr G. prenait une dose de nitroglycerine toutes les 3 ou 4 heures: c'est dire combien ces attaques étaient rapprochées. Il a suffit d'un grain de trinitrate d'érythrol toutes les 6 heures pour faire disparaître complètement les crises.

Si l'on donne ce médicament, dit le Dr Bradbury, dans de l'alcool et de l'eau (1 grain de trinitrate d'érythrol dans 1 drachme d'alcool et 7 drachmes d'eau), la tension artérielle commence à diminuer après deux à trois minutes ; si on le donne en pilules, par la bouche, l'effet se manifeste après vingt à qua-

rante minutes : mastiqué sous forme de pastille, le médicament agit avec une rapidité moyenne. Cette dernière méthode d'administration est certainement la meilleure. La solution alcoolique irrite souvent l'estomac ; il vaut mieux donner le remède sous forme solide, à moins qu'une action rapide ne soit nécessaire.

Il faut se rappeler que l'administration du trinitrate d'érythrol n'a pas pour but de remplacer le nitrite d'amyl et la nitroglycerine en faisant avorter une attaque, mais seulement d'empêcher le retour des attaques. A ce point de vue le trinitrate d'érythrol est beaucoup plus efficace que la nitroglycerine.

LES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES ET LA BRONCHITE CHRONIQUE.

La bronchite chronique chez l'enfant, par Ed. CHAUMIER (Gazette Médicale du Centre).—*L'Indépendance Médicale*, 31 mars 1897.

L'auteur affirme, en s'appuyant sur un nombre considérable d'observations personnelles, que la présence de végétations adénoïdes du pharynx nasal, ou ce qui est infiniment plus rare, de catarrhe chronique de cet organe sans végétations, coïncide toujours avec la bronchite chronique et qu'en guérissant le naso-pharynx, on met un terme aux accidents bronchiques.

Après avoir analysé les symptômes spéciaux aux abcès aigus, il étudie ensuite les symptômes propres à l'intervalle des accès. Dans bien des cas la toux n'existe pas, ou pour ainsi dire pas, mais il y a un raclement pharyngien, un hem, nécessaire pour nettoyer l'arrière-gorge de ses mucosités. Souvent il persiste une petite toux insignifiante, assez semblable à celle de certains phtisiques pendant les périodes de calme.

D'autres enfants toussent ; ils ont toujours toussé depuis leur première bronchite. Après chaque accès aigu la toux diminue de fréquence et de force ; mais ils toussent quand même plusieurs fois par jour, soit pour débarrasser leur poitrine de quelques crachats, soit simplement par suite d'un réflexe naso-pharyngien. Le plus fréquemment, la toux est légère et les enfants vont et viennent comme s'ils n'étaient pas malades. Ils n'ont pas de fièvre et l'appétit est passable et même bon. Quelques sujets ont des quintes fatigantes coqueluchoïdes avec ou sans vomissements. Parfois, sans qu'il y ait précisément d'accès aigu, il y a une augmentation de toux pendant deux ou trois jours. Cet état relativement bon dure un mois, deux mois, six mois, puis survient l'état aigu, bronchite ou asthme. L'état aigu passé, la toux disparaît à nouveau ou redevient rare comme auparavant.

La poitrine présente un aspect particulier : tantôt elle est légèrement bombée ; tantôt elle est globuleuse. Parfois il existe une saillie de chaque côté du sternum, cet os formant comme une gouttière au milieu. Dans les degrés les plus prononcés tout le centre de la poitrine fait une saillie considérable, côtes, cartilages, sternum : c'est la poitrine en carène, en bréchet de poulet. Souvent la partie inférieure du sternum est au contraire renfoncée. Les côtés du thorax sont également atteints. Ils sont aplatis ou creusés. Les lésions ne se bornent pas toujours aux parties antérieures et latérales. On comprend que lorsqu'elles atteignent un degré avancé, la partie postérieure du thorax doive y participer. Chez quelques malades la colonne dorsale ne présente plus sa courbure normale ; elle peut même être déviée.

De même que la poitrine bombée fait penser à la bronchite à répétition, de même la bouche ouverte doit faire penser aux végétations pharyngées. La bouche peut n'être que légèrement entr'ouverte ; mais elle peut aussi être grande ouverte, les enfants ne pouvant pas la tenir fermée sans suffoquer.

Dans la grande majorité des cas le palais est en ogive ; souvent les dents supérieures de la seconde dentition sont mal plantées, chevauchant les unes sur les autres. Quelques auteurs expliquent l'atrophie du maxilaire supérieur par

le manque d'usage de sa partie supérieure qui sert à la respiration. Le sinus lui-même disparaît en partie; la face serait aplatie en lame de sabre, ce qui donnerait à la physionomie ce qu'on a appelé le cachet adénoïdien Ces physionomies existent assurément, mais le plus grand nombre des enfants n'ont pas la face aplatie.

En examinant la bouche on remarque souvent de l'hypertrophie des amygdales palatines et des follicules clos du pharynx, ce qu'on appelle des granulations ; ce que plus tard, lorsque nos bronchitiques auront vieilli, on mettra sur le compte de l'alcool, du tabac ou des excès oratoires.

Les narines sont quelquefois étroites, la cloison faisant une saillie d'un côté, et de l'autre laissant un creux. Du côté de la saillie le cornet inférieur est généralement plus petit; du côté opposé il est énorme. Cette déviation de la cloison, qui tient en partie à la surélévation du palais, produit par elle-même une certaine gêne de la respiration.

Pendant qu'on examine le pharynx, il n'est pas rare de voir descendre des parties supérieures du mucus jaunâtre. Ce sont ces mucosités qui nécessitent le râclement pharygien si fréquent ; qui, pour quelques auteurs, produisent les accès de faux croup en allant irriter le larynx pendant le sommeil.

Si l'on pratique le toucher du pharynx supérieur, on le trouve plus ou moins rempli par l'amygdale pharyngée hypertrophiée qui obstrue les arrière-fosses nasales et est l'obstacle principal à l'acte respiratoire.

L'amygdale pharyngée hypertrophiée s'enflamme plus ou moins fréquemment (adénoïdite aiguë) et donne lieu à un redoublement de tous les symptômes. C'est alors que les amygdales déjà hypertrophiées, les granulations pharyngées deviennent plus volumineuses, occasionnant un peu de gêne, rarement de la douleur.

Il arrive—cela est rare—qu'en examinant le pharynx nasal on le trouve vide ; il existe alors une pharyngite chronique, sans végétations, qui produit absolument les mêmes désordres. Ces cas sont bien plus difficiles à guérir.

Beaucoup d'enfants atteints de bronchite chronique sont sourds. Ils ne sont pas sourds au point que tout le monde s'en aperçoive, mais leur audition est un peu atteinte. La plupart font répéter lorsqu'on leur parle. Dans les écoles on a remarqué que ces enfants sont inattentifs et paresseux. Cette surdité légère vient, soit de l'obstruction de la trompe par les végétations ou par du mucus, soit de la participation de la trompe et même de l'oreille moyenne à l'inflammation.

Fréquemment les lésions auriculaires sont plus graves, il survient une otite purulente qui entraîne une déchirure du tympan. Cette otite peut disparaître spontanément, mais trop souvent il reste une otorrhée de longue durée pouvant provoquer des accidents cérébraux de la plus haute gravité.

Les douleurs d'oreilles si fréquentes dans l'enfance sont causées par des otites moyennes légères, d'origine adénoïdienne. Souvent dans l'interrogatoire des parents des bronchitiques, on trouve ces otalgies.

Dans tous les cas, les ganglions situés derrière les angles de la mâchoire sont hypertrophiés. Quelquefois les ganglions du triangle sus-claviculaire sont également augmentés de volume ; ils sont petits, durs, mobiles ; tandis que les ganglions de l'angle de la mâchoire sont plus mous, plus gros et à peu près immobiles.

A mentionner encore les terreurs nocturnes, les cauchemars, les maux de tête qui sont fréquents chez les bronchitiques. Ces petits malades sont souvent des nerveux : lorsqu'ils sont petits, ils se pâment, se raidissent si on leur refuse quelque chose ; ils grincent des dents, souvent la nuit, et chez les tout petits enfants on observe l'usure des dents de lait.

Il est une lésion assez fréquente chez les bronchitiques, c'est la kératite phlycténulaire et la blépharite ciliaire. On connaît parfaitement aujourd'hui l'origine microbienne de ces maladies, mais on a remarqué qu'elles se continuaient

indéfiniment chez les adénoïdiens, partant chez les bronchitiques. La persistance des lésions de l'œil trouve une explication dans ce que, dans les cas d'obstruction nasale, le courant d'air ne facilite pas l'absorption des larmes par les points lacrymaux. Il y a une stagnation qui facilite la pullulation microbienne.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur n'accorde que peu de confiance au traitement médical, l'opération chirurgicale lui semblant indispensable dans la plupart des cas.

LA CONSTIPATION HABITUELLE.

Habitual constipation, by EWALD (Berl. Klinik, March, 1897).—*British Medical Journal*, April 3, 1897.

Il est évident, dit l'auteur, qu'une forme de la constipation babituelle est due, sans aucun doute, à la diminution de la sensibilité des nerfs de l'intestin ou à un développement défectueux de la tunique musculaire intestinale. L'hérédité se fait souvent sentir. L'habitude de ne pas obéir aux besoins de défécation est une cause de constipation. Le régime alimentaire insuffisant est une cause fréquente : aliments non digestibles, trop abondants, quantité insuffisante d'eau de boisson, aliments trop facilement absorbables, pas assez variés. La vie sédentaire est aussi une cause, quoique la constipation habituelle opiniâtre puisse s'établir chez des individus actifs. Mentionnons aussi les troubles de la circulation, dûs à une maladie de cœur, et la pression mécanique due à des grossesses répétées.

Les symptômes sont locaux et généraux. C'est un fait connu que la constipation accompagne l'aliénation mentale Il ne faut pas rejeter la théorie de l'intoxication intestinale, bien qu'elle ne soit pas absolument prouvée.

Il faut avoir soin, dans le diagnostic, de bien éliminer l'obstruction mécanique. Le pronostic de la constipation habituelle, au point de vue de la guérison, est peu favorable.

Comme traitement, employer aussi peu de purgatifs que possible.

Le traitement sera diététique, mécanique ou médicamenteux Les aliments préférables sont ceux qui stimulent les mouvements péristaltiques de l'intestin. Le massage et l'électricité rendent les plus grands services ; dans quelques cas, ils restent sans effet. Les lavements ont un désavantage ; l'intestin s'y habitue et il faut augmenter considérablement la quantité du liquide, ce qui expose à la distension de l'intestin. La partie anale de la seringue doit être en caoutchouc vulcanisé, et mesurer 12 à 15 pouces de long. Il est bon d'essayer à heure fixe d'aller à la selle, et de pratiquer des pressions légères sur l'abdomen.

La rhubarbe rend de très grands services ; il arrive que le patient ne peut plus ensuite s'en passer. L'auteur a eu deux clients qui en ont fait usage pendant 20 et 30 ans. Le calomel est très utile chez les enfants. L'huile de ricin n'est pas favorable à un usage prolongé ! L'aloès appartient aux purgatifs énergiques. Dans quelques cas où la présence d'une tumeur fécale était évidente, l'auteur a obtenu de très bons résultats en employant l'huile de croton avec l'huile de ricin. On peut employer l'huile d'olive en injections. Les sédatifs et les antispasmodiques sont indiqués quand la constipation revêt un caractère spasmodique.

DU POINT DE COTÉ CHEZ LES ARTÉRIO-SCLÉREUX

Dr WEBER.—*Abeille Médicale*, 20 fevrier 1897.

Le médecin est assez souvent consulté par des personnes qui ne se plaignent que d'une chose : un point de côté. Il n'y a pas de fièvre ; le malade ne tousse pas ; l'auscultation est muette. Il n'y a donc que la douleur du côté et voici ses caractères : douleur contuse, profonde, à exacerbations passagères et irrégulières, parfois paroxystique ; douleur localisée par le malade à l'un des côtés

du thorax, rarement bilatérale, et siégeant tantôt vers la ligne axillaire, souvent aussi au niveau de la gouttière vertébrale et un peu en dehors. Cette douleur spontanée est peu réveillée par la pression. Certains malades réussissent même à l'atténuer en comprimant fortement le point malade. D'autres, au contraire, supportent difficilement une pression même légère sur la région endolorie. Tous éprouvent une certaine gêne dans les mouvements respiratoires et prennent une attitude qui favorise l'immobilité du côté malade

Dans la majorité des cas on porte le diagnostic de névralgie intercostale, ou de rhumatisme musculaire ; on prescrit, en général, inutilement, les révulsifs, le sulfate de quinine, l'antipyrine, le salicylate de soude, etc.

M. le Dr Weber, ayant eu à soigner un certain nombre de ces malades, expose dans *Journal des Praticiens* qu'il a été frappé de la présence constante chez eux des particularités suivantes ?

1° L'âge assez avancé des malades ;

2° L'état habituel d'hypertension artérielle ;

3° Des signes d'induration des artères périphériques ; des manifestations symptomatiques d'un état spasmodique des artères, telles que le doigt mort, la syncope locale, les accès de pâleur, des crampes musculaires, et parfois des accès d'angine de poitrine ;

4° Le siège constant du " point de côté " entre le 4e et le 8e espace intercostal, tantôt en avant vers l'aisselle, tantôt en arrière dans le voisinage de la colonne vertébrale ;

5° Le caractère *angoissant* de la douleur, la sensation de poids, de constriction, ordinairement signalée par les malades ;

6° L'influence de la position, des mouvements thoraciques, et des efforts musculaires en général, sur la production des accès douloureux ;

7° La délimitation habituellement circonscrite de la région douloureuse ;

8° Enfin, l'efficacité constante des médicaments vasodilatateurs, et en particulier, de la trinitrine et des iodures.

La constatation de ces différents signes permet à M. Weber de désigner sous le nom de point de côté des artério-scléreux le syndrome clinique que nous venons d'exposer.

Son diagnostic exact a une importance considérable, car seul il permet de prescrire la médication curative. Ce diagnostic, facile quand il s'agit d'un malade manifestement artério-scléreux, est difficile au début de l'artério-sclérose. Il faut alors rechercher les stigmates de cette affection : algidités locales, syncope locale, douleurs rhumatoïdes, crampes, vertiges, céphalée, somnolence avec fatigue cérébrale, troubles visuels, pâleur des téguments, dyspnée d'effort, polyurie, retentissement diastolique de l'aorte en coup de marteau.

Inutile d'insister sur le diagnostic différentiel avec le point de côté de la pneumonie ou de la pleurésie.

La névralgie intercostale vraie, au contraire, sera assez facilement confondue. Toutefois, on se rappellera que cette névralgie siège de préférence à gauche, que la douleur est plus vive, plus déchirante et pour ainsi dire plus superficielle ; qu'elle présente des localisations mieux circonscrites (points de Valleix) ; qu'elle est aussi bien diurne que nocturne, plus irrégulière dans son apparition et rarement périodique ; qu'elle s'exagère peu par l'effort musculaire, par la marche, mais seulement par les mouvements respiratoires ; enfin, qu'elle coïncide très souvent avec d'autres douleurs, avec la gastralgie, etc.

Dans l'irritation spinale, la douleur, spontanée ou provoquée, siège au niveau des apophyses épineuses ou dans les gouttières vertébrales, sans parler des autres phénomènes morbides qui achèvent de caractériser son aspect clinique.

Les difficultés du diagnostic sont bien plus sérieuses quand il s'agit du rhumatisme musculaire vrai. Mais ce qui appartient surtout au rhumatisme c'est l'horaire matinal, c'est la production presque exclusive de la douleur dans les mouvements qui nécessitent la contraction des muscles atteints, douleur

beaucoup plus vive que celle que l'on provoque par la pression. Enfin jamais cette douleur n'est atténuée par la compression de la région.

Quant à la cause du point de côté des artério-scléreux, pour M. Weber c'est la conséquence d'une ischémie vasculaire par spasme de l'artère intercostale. Et en cela, il place ce syndrome nettement en parallèle avec le syndrome angineux ; à tel point qu'on pourrait le désigner encore sous le nom d'*angine de poitrine intercostale.* Les caractères des douleurs sont en tout comparables, et le traitement est le même dans les deux cas. Il est représenté par la trinitrine et les iodures.

Cette efficacité de la trinitrine et des iodures fournit un argument important en faveur de la genèse invoquée par M. Weber. On sait, en effet, que la trinitrine, en particulier, semble agir surtout sur le système vasculaire, en dilatant les vaisseaux périphériques et en abaissant la tension artérielle. Que ce médicament exerce son action directement sur l'élément contractile des vaisseaux, ou bien en paralysant le grand sympathique, l'effet reste le même. Et, si son emploi est couronné de succès dans certaines douleurs thoraciques, c'est que son action vaso-dilatrice fait disparaître l'ischémie intercostale organique ou fonctionelle des artério-scléreux.

Nos lecteurs se rappellent l'article sur la gravelle intestinale publié dans notre dernier numéro (page 217). A la séance du 6 avril de la Société pathologique de Londres, le Dr Ord a confirmé les idées du professeur Dieulafoy. Il a présenté à la société des calculs friables et du sable venant de l'intestin d'une femme d'un certain âge, qui souffrait de douleurs intestinales, de vomissement et d'un état de constipation se rapprochant de l'obstruction. Les calculs se composaient de carbonate de chaux ; rien dans la diète ou les médicaments absorbés n'en pouvait expliquer la formation. Ces calculs s'étaient accumulés dans l'S iliaque et furent expulsés après une contraction plus forte de l'intestin sous forme de débâcle.

Pour s'assurer de l'état de la perception des couleurs chez certains malades, le Dr Goertz. de Mayence, a trouvé un procédé très ingénieux. Il remet au malade un certain nombre de crayons dont l'extérieur est de même couleur que la mine, et l'invite à écrire sur une feuille de papier le nom de la couleur du crayon qu'il tient dans sa main. Ce procédé est précis, rapide, positif, et laisse une preuve écrite.

Rhumatisme articulaire aigu (Jaccoud).—1. Les gens obèses ont la circulation en imminence de fatigue, parce qu'ils ont le cœur en imminence de parésie ;

2. Chez les gens obèses, le pronostic du rhumatisme aigu est d'une gravité presque absolue ;

3. La pleurésie et la péricardite ont réellement une relation avec la péricardite et non pas avec l'endocardite ;

4. Quand le rhumatisme présente la péricardite comme accident primitif; c'est dans ce cas que l'on doit s'attendre à la pleurésie ou à la pneumonie ;

5. Le salicylate de soude est-il utile pour combattre les manifestations viscérales du rhumatisme ? Ce n'est pas probable ;

6. De l'aveu de tous, le salicylate de soude ne peut rien contre les accidents cérébraux du rhumatisme ;

7. Le salicylate de soude peut-il favoriser l'éclosion des accidents cérébraux ? probablement non ; mais ce dont Jaccoud est sûr, c'est qu'il ne guérit pas ces accidents ni ne les prévient. (Laramée.)

CHIRURGIE.

L'AMPUTATION DE SYMES.

Discussion à la Société de Chirurgie. (KIRMISSON, BERGER, LEDENTU, JALAGUIER).—Le *Bulletin Médical*. 4 avril 1897.

Dr KIRMISSON.—Un mémoire, ayant trait à ce procédé opératoire, nous a été adressé par M. Potherat. Il est inutile de rappeler que, si ce procédé est tombé en désuétude pendant quelque temps, cela tenait à ce que l'on n'opérait pas sous l'antiseptie ; en créant une coque qui favorisait la rétention du pus, il était inférieur aux autres procédés. Mais depuis l'application de la méthode antiseptique, ce reproche ne peut lui être adressé et, de plus, il possède l'avantage de fournir un lambeau bien matelassé. Dans ce mémoire, notre confrère s'en est fait le défenseur en proposant quelques modifications dans le manuel opératoire : il regarde comme nécessaire de tracer le lambeau plantaire de dehors en dedans et de désarticuler avant de disséquer ce lambeau. Je ne puis qu'approuver ces prescriptions sur lesquelles les auteurs ont déjà attiré l'attention.

M. Potherat ne semble pas attacher grande importance à la conservation du périoste, comme le recommande M. Ollier ; il ne faut pourtant pas oublier que cette pratique donne d'excellents résultats sans bien prolonger l'opération, ainsi qu'on le lui reproche. Notre confrère a pratiqué cette intervention sur quatre malades. Dans deux cas il s'agissait de lésions tuberculeuses ; dans un troisième d'un traumatisme étendu et dans le quatrième d'un ostéo-sarcome. Les suites immédiates et éloignées ont été bonnes ; toutefois, en examinant un moulage que nous avons sous les yeux, on peut constater un léger renversement du lambeau.

Je suis de l'avis de M. Potherat quand il soutient que ce procédé, exécuté antiseptiquement et sans nécessité de sutures osseuses, trouve son application dans certains cas, mais il ne doit pas être toujours substitué à l'amputation de Pirogoff, dont j'ai eu plus d'une fois à me louer.

Dr BERGER.—J'ai ordinairement recours aux tarsectomies, quand il s'agit de lésions tuberculeuses. Si celles-ci ne sont pas applicables, il faut choisir entre le Pirogoff-Pasquier—LeFort ou le Symes. J'ai autrefois employé le premier et, à côté de bons résultats, j'ai eu à noter des insuccès par défaut de consolidation. Aussi, suis-je reveuu à l'amputation de Symes, mais en ayant soin de pratiquer la décortication du calcanéum, ce qui prolonge peu la durée de l'opération, donne un lambeau bien tapissé et met à l'abri des fusées du côté du tendon d'Achille en particulier.

Dr LEDENTU.—Lorsque le calcanéum est sain, le procédé de Pasquier-LeFort est excelllent. Il m'a donné de très beaux succès sans que j'aie eu besoin de suturer le calcanéum au tibia, mais il faut avoir soin de bien appliquer le lambeau et de le maintenir par une compression suffisante.

Dr JALAGUIER.—J'ai fait deux fois le Symes, dans un cas de traumatisme et pour une tumeur blanche des os du pied. Les deux opérés ont bien guéri et un d'eux faisait facilement le parcours de Paris à Bruxelles.

Dr KIRMISSON.—Autant que possible, je crois qu'il ne faut pas abandonner l'opération de Pirogoff. Comme on peut éviter maintenant la suppuration, il est inutile de faire des sutures et de tailler un lambeau aussi grand qu'autrefois, sa rétraction étant moins prononcée.

L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DU NEZ ET DES OREILLES.

Dr LATRILLE, in *Poitou Médical*, (analyse de Georges Lévy dans *Revue illustrée de polytechnique médicale*, 30 mars 1897.)

Le Dr G. Latrille a publié dans le *Poitou médical* de très bons conseils que le praticien pourra trouver assez souvent l'occasion de suivre.

" La pénétration des corps étrangers dans le nez ou dans l'oreille, dit le Dr Latrille, n'est rien moins que rare : les enfants ont plus particulièrement la détestable manie, pour amuser la galerie ou contenter un vague besoin de mal faire, d'introduire en ces deux cavités les objets à leur portée.

Etant donné le siège et surtout la configuration des organes intéressés, extraire ces corps n'est pas toujours chose aisée. La difficulté devient insurmontable si, la pénétration ayant été profonde, l'opérateur se trouve dépourvu de l'éclairage et de l'instrumentation *ad hoc*. La forme, la composition, la consistance du corps créent aussi des difficultés."

Dans cinq cas qui ont reclamé son intervention, l'extraction a toujours été très facile sans l'usage d'instruments autres que trois outils d'un emploi courant en ophtalmologie ; le crochet à strabisme, l'anse de Snellen, les ciseaux courbes à strabotomie.

1° *Corps étrangers du nez.*—Dans un premier cas, la narine gauche d'une petite fille (l'âge n'est pas indiqué) est obstruée depuis deux ans par des mucosités extrêmement fétides. La rhinoscopie montre l'existence d'un volumineux amas de couleur brune siégeant à deux centimètres du méat et résistant aux attaques du stylet explorateur. Sans avoir résolu s'il s'agit d'un os en voie d'élimination, d'un rhinolithe ou d'un corps étranger proprement dit, notre confrère introduit un crochet à strabisme très haut par-dessus cette masse. Sûr d'être au-delà il attire à lui en relevant un peu le manche. Solidement accroché, ce bloc se mobilise et sort à la deuxième tentative. Le centre est occupé par un gros noyau de prune Reine-Claude, resté intact sous une épaisse enveloppe de mucosités en putréfaction. Lavage boriqué froid.

Dans un second cas, il s'agit d'un haricot blanc profondément introduit dans la narine droite d'un petit garçon. Après examen rhinoscopique, la même opération par le crochet à strabisme réussit dès la première application.

Des manœuvres analogues jointes à l'examen rhinoscopique ont permis à l'auteur d'affirmer l'absence dans les fosses nasales d'un grain de maïs engagé la veille, mais probablement expulsé depuis à l'insu de l'enfant.

" Nous croyons, d'après cette expérience personnelle, que le crochet à strabisme rendra de précieux services à qui voudra l'employer en des cas analogues, dans les mêmes conditions, pour extraire les corps résistants, de forme allongée, oblongs. Il est inapplicable s'il ne peut passer par-dessus et contourner le corps étranger.

Dans d'autres cas, l'auteur donne la préférence aux pinces coudées, à ouverture latérale ou verticale, suivant les indications, aux mors puissants, pour enlever les sequestres, ou plus délicats et variés de forme, comme le corps même qu'il faut extraire.

Toujours il faut prescrire des lavages antiseptiques pendant les jours qui suivent l'opération, car, grâce au voisinage, des sinusites, aujourd'hui bien connues, pourraient survenir dans les cas infectieux ; or, elles sont rebelles et fertiles en complications.

2° *Corps étrangers de l'oreille.*—Le Dr Latrille en cite deux cas. Dans le premier cas, il s'agit d'un grain de vesce engagé depuis cinq jours dans l'oreille d'une enfant. Celle-ci l'a repoussé avec le doigt et ni les injections fortement poussées, ni les pinces, ni les crochets n'ont pu en permettre l'issue. La montre est entendue au contact. L'enfant, qui a beaucoup souffert pendant ces manœuvres, doit être anesthésiée. L'éclairage par le réflecteur de Schrötter et le

spéculum laisse reconnaître au fond du conduit la présence d'un corps grisâtre qui masque entièrement le tympan ; la paroi est éraillée et ecchymotique.

" Après avoir injecté un peu d'eau boriquée tiède, nous introduisons l'anse de Snellen en suivant la paroi inférieure du conduit, cherchant à l'insinuer entre le corps et la paroi ; alors, redressant le manche par un mouvement de bascule, nous refoulons la cuiller de l'anse vers la voute et nous la ramenons en dehors sans perdre le contact de la paroi. La cuticule qui enveloppe la vesce est ramenée, largement ouverte, avec quelques parcelles de la graine. Le reste sort peu à peu à la suite de nouvelles applications de l'anse, et avec l'eau d'un lavage doucement pratiqué. Un peu de sang s'écoule.

Matin et soir, pansement antiseptique approprié.

" C'est là un exemple des dangers qui suivent la pénétration des corps étrangers mous, des légumineuses en particulier, dans la profondeur du conduit auditif : les attaquer avec des pinces quand ils sont arrondis, c'est les refouler à coup sûr hors de la portée de l'œil et des instruments ; les attirer au dehors avec des aiguilles, des stylets, des crochets, c'est, quand on ne réussit pas, déchirer inutilement la muqueuse, déchirer surtout l'enveloppe de la graine et permettre aux liquides de l'imbiber, de la gonfler contre les parois ; vienne alors la douche si souvent victorieuse des cas ordinaires, et la situation empirera.

Il fallait, à tout prix, ménager le tympan, encore intact sans doute, puisque, l'audition était conservée. Nul instrument ne permettait d'atteindre ce but avec plus de certitude que celui dont s'est servi l'auteur : les pinces eussent dérapé, poussé le corps dans la caisse à travers les déchirures de la membrane ; les crochets n'y seraient jamais parvenus qu'après avoir longuement divisé le grain de vesce, après avoir labouré de nouveau tout le conduit.

L'anse de Snellen, disposée comme une cuiller à contours mousses, de dimensions assez exiguës pour passer dans l'ouverture du spéculum, est vraiment en tout préférable.

Dans la 2e observation, l'extrémité arrondie d'un crochet à broder s'est brisé au ras de l'oreille. Les efforts pour retirer le corps étranger ne font que l'introduire plus avant. Elle se maintient pendant six mois dans le sinus qui termine en dedans le conduit auditif.

Chloroformisation ; faute d'anse de Snellen, on emploie la branche mousse des ciseaux à strabotomie, puis, par un mouvement de bascule prudent, on soulève le corps étranger et le rejette sur le lit ; pas d'autre incident qu'un écoulement sanguin insignifiant par une éraillure du conduit.

Le tympan est sauf, et la montre est entendue normalement au réveil.

Cette observation, dit M. Latrille, montre une fois de plus qu'il faut laisser au médecin l'extraction des corps durs de forme ronde, même arrêtés encore à l'entrée du conduit.

En pareil cas, la douche maniée par lui réussit presque à tout coup.

Si le corps se dérobe, résiste même à l'injection forcée, il faut éclairer le conduit et s'inspirer des circonstances :

Est-ce une perle creuse ? Il peut arriver qu'un heureux hasard favorise vos manœuvres et vous permette d'enfiler la perle avec une épingle.

Est-ce un caillou aux multiples arrêtes ? Une pince à mors fenêtrés vous permettra de le saisir.

Est-ce une sphère pleine ? L'anse de Snellen la cueillera. A son défaut, tout instrument un peu coudé, comme la branche des petits ciseaux, atteindra le même but.

Toujours on doit respecter l'appareil de transmission, respecter la caisse : ouvrir cette dernière, c'est ouvrir la porte à l'infection, engendrer des otites suppurées, des méningites mortelles."

A ces moyens nous en ajouterons un autre bien simple.

Il s'agit parfois de corps arrondis et lisses, tels que des perles de verre, qui ne donnent pas prise aux instruments et peuvent être trop volumineux pour

laisser passer l'anse de Snellen ou quelqu'autre instrument entre la paroi du conduit et le corps étranger lui-même. Cette impossibilité est d'autant plus immanquable que des premières n'ont fait que refouler plus profondément la petite sphère. L'auteur a alors employé un de ces petits bâtons destinés à coller le verre ou la porcelaine.

La technique est des plus simples : Après avoir disposé un bon éclairage soit à la lumière naturelle, soit à la lumière artificielle, on introduit le spéculum de façon à isoler les parois et à arriver directement sur le corps étranger.

Le bâton de colle est alors préparé de façon à réaliser son but. Cette préparation, différente suivant la composition de la substance, consiste généralement en un ramollissement dans l'eau chaude ou le feu. Ainsi préparée, son extrémité est portée à travers le spéculum au contact du fragment de verre et s'y attache. On laisse refroidir et l'on a un système unique composé du corps étranger et du bâton de colle et dont l'opérateur tient en main une des extrémités. Il est dès lors facile d'imprimer des mouvements vers l'extérieur à la perle du verre. Ces mouvements seront faits très prudemment et si la perle ne vient pas très facilement et immédiatement, on se contentera d'écarter le corps étranger d'un point quelconque de la paroi, de façon à introduire l'anse de Snellen entre ce point et la perle. Cela est devenu facile, puisque la perle ne peut plus fuir au devant de l'instrument et l'extraction est très simple par la combinaison des deux procédés.

LA CYSTITE ET LES CALCULS DE LA VESSIE.

GUYON. (Leçon clinique à l'hôpital Necker.)—*Le Bulletin Médical*, 7 avril 1897.

Les cas de calculs de la vessie sont assez fréquents au Canada pour que ceux de nos abonnés qui s'occupent spécialement de chirurgie lisent avec intérêt le résumé suivant d'une leçon du professeur Guyon, où l'admirable clinicien de Necker expose avec beaucoup de clarté et de sens pratique l'une des questions les plus discutées des maladies génitaux-urinaires Nous avons cru bien faire en donnant en entier le préambule, puis en résumant la leçon sous forme de sentences.

" L'association de la cystite et de calculs de la vessie est fréquemment rencontrée chez nos malades, et pourtant il n'y a pas de corrélation nécessaire. L'une et l'autre évoluent, dans bien des cas, sans jamais s'unir ; mais il en est où s'établit entre elles une solidarité manifeste.

" Ces dissemblances sont nettement démontrées par l'observation et l'on conçoit que la pratique exige que nous en connaissions les raisons. L'étude des rapports de la cystite et des calculs de la vessie nous est, en effet, indispensable. Aussi bien pour le diagnostic que pour les indications ou la mise en œuvre du traitement, nous ne pouvons nous passer des directions qu'elle assure. Elle soulève plusieurs questions : ce sont elles que nous allons examiner en nous aidant des faits que fournissent les calculeux que vous observez journellement "

1° *Les calculs de la vessie sont-ils une cause prédisposante ou déterminante de cystite ?*

Un calcul peut séjourner très longtemps dans une vessie saine sans provoquer de cystite.

Le calcul de la vessie n'est ni une cause déterminante, ni même une cause prédisposante de cystite.

On peut poser en principe que tous les calculeux dont la vessie n'a pas été infectée par un cathétérisme ou une exploration, ne présentent pas de cystite dans le cours de leur affection.

La raison de cette particularité curieuse est due à ce que le calcul primitif de la vessie se développe toujours de façon aseptique.

Les symptômes d'irritation vésicale produite par les calculs sont absolument

passagers ; provoqués un jour par un exercice quelconque, ils disparaissent le soir ou le lendemain par le repos. Ce ne sont pas là des raisons suffisantes pour déterminer la cystite dans une vessie saine.

Il faut un autre élément pour qu'elle devienne réceptive et s'infecte ; c'est une évacuation incomplète et surtout une exploration ou une évacuation faite sans toutes les précautions désirables.

La preuve matérielle de ce fait nous est fournie par la clinique. A chaque instant il nous arrivera d'explorer, pour la première fois, un calculeux dont la vessie ne présente aucun indice de cystite, et chez lequel l'interrogatoire nous permettra d'affirmer l'existence d'un calcul ancien, et même de plusieurs années.

Le calcul primitif qui excite la vessie par ses contacts répétés, surtout à la suite de marche, d'exercices, produisant d'une façon passagère des mictions fréquentes et même douloureuses, le calcul qui "injurie" la vessie, pour employer l'expression énergique des auteurs anglais, ce calcul-là ne fait pas de cystite.

C'est en grande partie parce qu'il n'est pas rétentionniste que le calculeux n'est pas candidat à la cystite.

Lorsqu'un malade soupçonné de calcul n'a jamais présenté de cystite, ce n'est pas une raison, bien au contraire, pour éliminer le diagnostic de calcul.

2° *La cystite peut-elle provoquer la formation des calculs ?*

Sous l'influence de conditions favorables, la formation de calculs secondaires, dans une vessie infectée, peut être très rapide.

Ces conditions sont au nombre de trois pour la vessie :

1° Evacuation incomplète de la vessie.

2° Infection vésicale ancienne et profonde.

3° Réaction alcaline des urines.

La condition qui favorise directement la formation des calculs phosphatiques secondaires, celle qui est nécessaire à leur production, c'est la transformation de la réaction, normalement acide, des urines, en réaction alcaline.

La raison de leur production est purement locale, vésicale, et c'est pourquoi leur traitement doit être exclusivement local et vésical (c'est le contraire pour les calculs diathésiques.)

Evacuer la vessie, la désinfecter, lutter contre l'alcalinité des urines, tels sont les trois principes que vous devez appliquer pour empêcher les récidives.

Les calculs qui récidivent rapidement sont précisément ceux dont nous sommes les plus maîtres au point de vue de la guérison. Il suffit en effet, d'un traitement local bien dirigé pour empêcher leur retour.

3° *La cystite des calculeux a-t-elle une nature et une marche particulière ?*

Sa nature semble absolument la même que celle de toutes les autres cystites.

Il en est tout autrement de sa marche.

La cystite primitive compliquée de calculs secondaires s'aggrave de plus en plus si elle n'est pas traitée.

La cystite secondaire a un calcul primitif, dont nous savons la rareté et qui est consécutive ordinairement à une exploration septique, guérit facilement. Souvent le repos et les tisanes suffisent ; quand elle est plus marquée, une médication générale calmante et locale en viendra facilement à bout.

L'intensité de la cystite n'est jamais une raison suffisante pour contre-indiquer ou retarder beaucoup une opération, comme la lithotritie ou la taille, ayant pour but de débarrasser immédiatement la vessie de ses calculs.

4° *Quelle est l'influence exercée par la cystite des calculeux sur la sensibilité et la contractilité de la vessie ?*

Toute vessie saine est insensible ou peu sensible au contact, tandis qu'elle est toujours sensible à la tension.

La sensibilité n'apparaît, et ne devient très prononcée, sans jamais d'ailleurs atteindre le degré de la sensibilité à la tension, que dans le cas de cystite.

Contrairement à l'opinion généralement répandue, la pierre n'est pas une affection douloureuse, alors qu'elle n'est pas compliquée de cystite.

Tout au plus les calculeux sentent-ils leur pierre quand elle est trop brusquement déplacée ou soumise à des mouvements répétés, ou bien encore lorsqu'elle appuie contre le col et tend à s'y insinuer.

Cette insensibilité au contact est pour le malade un privilège qui est un bonheur, car elle rend l'évolution de son affection peu douloureuse. mais un privilège fâcheux, car elle lui fait souvent retarder une opération qui demanderait à être pratiquée de bonne heure.

Tel calculeux qui n'avait jamais ou à peine senti sa pierre tant que sa vessie était saine, souffre horriblement des contacts permanents imposés par son calcul à sa muqueuse vésicale infectée. C'est alors qu'on peut constater les symptômes de la *cystite douloureuse.*

La contractilité de la vessie est modifiée proportionnellement à sa sensibilité.

Une vessie saine de calculeux, qui est insensible aux contacts prolongés et répétés de l'explorateur métallique ou du lithotriteur. se défend énergiquement dès que la cystite a fait son apparition.

La contractilité pathologique de la vessie, dans le cas de cystite calculeuse, nous rend encore un compte de certains faits intéressants, tels que les emprisonnements de calculs, dus aux contractions partielles de la vessie.

Très souvent, le calcul est dans une cachette, rarement il est perdu dans une oubliette. C'est dire qu'il est possible, et même facile, de le retrouver avec le lithotriteur, quand on s'est bien rendu compte des conditions créées par les contractions irrégulières des vessies atteintes de cystite.

En résumé, grande exagération de la sensibilité à la tension, apparition de la sensibilité au contact, contractions partielles de la vessie, telles sont les conséquences de la cystite des calculeux sur la sensibilité et la contractilité vésicales.

5° *La présence des calculs dans une vessie enflammée s'oppose-t-elle à l'action des traitements habituels de la cystite ?*

Non, car la cystite calculeuse ne demande qu'à se calmer, au moins chez les calculeux primitifs. Chez les calculeux secondaires, la cystite est souvent plus rebelle, mais on peut toujours l'atténuer assez pour éviter les contractions partielles et par suite, pouvoir faire l'exploration et les opérations consécutives.

La médication générale est insuffisante. Le repos au lit, les boissons tièdes, les lavements calmants ont assez souvent raison de la cystite des calculeux primitifs ; si elle résiste à cette médication, mais surtout dans le cas de calcus secondaires, il faudra instituer un traitement local.

Les lavages vésicaux, même très modérés, seront dans la plupart des cas absolument proscrits car ils réveillent inutilement et dangereusement la sensibilité et la contractilité vésicales : les instillations constituent le traitement de choix.

Il faut rejeter les instillations calmantes au chlorhydrate de morphine, à la cocaïne ; tout au plus pourrait-on employer le gaïcol qui a semblé donner de bons résultats dans certains cas. Mais les instillations vraiment indiquées ici sont les instillations modificatrices, surtout celles au nitrate d'argent de 2 à 4 0/0. On voit souvent par ce traitement la douleur disparaître et la défense vésicale cesser très rapidement.

Quand l'évacuation de la vessie se fait mal et que l'infection urinaire est à redouter, ou a fait son apparition, la sonde à demeure est alors indiquée.

La cystite des calculeux, primitifs ou secondaires, peut toujours se guérir ou s'améliorer assez pour rendre possibles les explorations et les opérations dans des conditions favorables.

6° *La cystite est-elle une contre-indication à l'intervention et notamment à la lithotritie ?*

Non, puisque nous venons de voir qu'on peut d'ordinaire facilement supprimer ou atténuer cette cystite.

La taille hypogastrique est indiquée dans certains cas d'infection vésicale

ancienne et rebelle ; mais dans la très grande majorité des cas, la lithotritie sera l'opération de choix.

C'est l'opération la plus simple, dont les suites opératoires sont les plus bénignes, et c'est une opération aussi complète que la taille, quoiqu'on en ait dit, quand elle est faite dans de bonnes conditions.

On objecte qu'on a plus de chance de laisser des calculs ou débris de calculs dans la vessie, par conséquent de favoriser la récidive ! ceci est inexact quand on a fait un bon broiement, une bonne aspiration, une vérification soigneuse.

Mais il n'est possible de bien procéder à ces différents temps de l'opération que si la vessie n'est pas trop sensible au contact et à la tension, et si elle ne dérobe pas, par ses contractions, les calculs à l'exploration et au lithotriteur.

7° *Quelle est l'influence du débarras de la vessie sur la cystite et par conséquent sur sa sensibilité et sur sa contractilité ?*

Elle est toujours remarquable.

La sensibilité et l'irritabilité vésicales, encore vives avant l'opération, disparaissent souvent complètement après elle.

L'infection urinaire survenant chez un calculeux qui vide mal sa vessie peut être guérie du même coup par la lithotritie.

Si la cystite était primitive, il ne suffit pas d'ouvrir la vessie et d'enlever le calcul pour assurer la guérison. Aussi bien après la taille qu'après la lithotritie, il faut soigner la vessie.

LA CHIRURGIE DE L'EMPYÈME.

The surgery of empyema, by T. N. RAFFERTY.—*Medical Record*, Sept. 26, 1896.

Après avoir tracé l'historique de la question, l'auteur ajoute :

Un grand nombre de cas d'empyème surviennent chez des enfants et peuvent souvent s'améliorer sans qu'on soit obligé de recourir à un traitement radical. Avant de décider si l'on doit faire une aspiration, une incision ou une résection de côtes, il faut considérer la chronicité de la maladie, l'état du poumon et la viscosité du pus contenu dans la cavité. Le Dr Tiffany, de Baltimore, est d'avis que le caractère du pus a une grande influence sur le pronostic et le choix de l'opération. On examine le pus retiré à l'aide d'une seringue hypodermique : si le pus contient les coccipyogènes, tout traitement sera inutile ; s'il ne contient que des staphylocoques et des pneumocoques, il suffit de l'enlever sans faire d'irrigation ; la présence du streptocoque entraîne la nécessité d'une résection suivie de lavage.

On devra donc regarder comme bénins les cas dûs à une infection pneumococcique ou staphylococcique ; ceux qui sont causés par une infection putride déterminée par des saprophytes sont très défavorables ; les cas à streptocoques tiennent le milieu entre ces deux groupes. Cependant, dans beaucoup d'effusion de la plèvre, on ne trouve aucun microbe ; on croit que ces cas sont tuberculeux, sans en être sûrs. Si l'empyème est dû à une infection mixte, la gravité du pronostic dépend du degré de virulence du microbe qui prédomine.

Le traitement opératoire de l'empyème doit avoir deux buts : 1° évacuer le liquide contenu dans la cavité ; 2° oblitérer cette cavité en rapprochant les parois. On ne doit recourir à l'intervention chirurgicale que lorsque le diagnostic est certain et que les symptômes sont urgents.

On pratique l'aspiration dans le 6e espace intercostal ; l'endroit précis est laissé au choix de l'opérateur. Il doit être suffisamment bas pour permettre de vider la cavité, et suffisamment haut pour être hors d'atteinte du diaphragme, qui s'élève lorsque le pus se vide. Si le liquide est séreux et si l'aseptie a été bien faite, l'intervention sera suffisante ; on ne la fera pas suivre d'un lavage antiseptique. La récidive survient généralement lorsqu'on a affaire à du pus ; il faut alors avoir recours à une simple incision, ou à une incision suivie de

drainage (méthode de Beulau). Ces méthodes favorisent l'expansion du poumon et par conséquent l'occlusion de la cavité ; elles laissent le patient dans un bien meilleur état que lorsque cette occlusion est amenée par une rétraction de la cage thoracique.

Quand, pour une cause ou pour une autre, il est impossible d'obtenir par ces méthodes un drainage suffisant, on devra alors réséquer un bout de côte (un pouce est suffisant). Dans les cas où le poumon est maintenu par des adhérences et son expansion rendue impossible, l'opération d'Estlander est indiquée : il faudra alors faire une résection des côtes suffisante pour que la cage thoracique, en se déprimant, amène la plèvre costale en contact avec les tissus péri-pulmonaires.

Contre-indication du lavage de l'estomac cancéreux. (Union méd. du Nord-Est.)—Le Dr COLLIGNON a recueilli une dizaine de cas d'estomac cancéreux, dans lesquels le lavage a été funeste. Lorsque ces lavages sont faits chez les cachectiques, il se produit d'abord un soulagement, mais bientôt l'état général s'aggrave et le malade meurt en proie à une véritable auto-infection.

L'auteur estime qu'avant le lavage le pouvoir absorbant de la muqueuse tapissée d'un enduit glaireux est presque nulle. Au contraire, après ce lavage, lorsque cette portion du tube digestif est débarrassée de son contenu et du mucus qui tapissait sa surface épithéliale, les tuniques se rétractent vite, la circulation s'y rétablit et l'activité fonctionnelle renaît. Cette douche interne, véritable coup de fouet, réveille l'organe en souffrance, et lui rend un pouvoir absorbant considérable.

Dans ces conditions, l'auto-infection est rendue facile, le cancer continuant à élaborer et à verser dans l'estomac des toxines d'autant plus dangereuses que l'organisme est atteint dans toutes ses œuvres vives.

Obstruction intestinale par des calculs de salol. —M. ROBIN a présenté l'observation d'un malade qui eut, pendant trente-six heures, des phénomènes d'obstruction intestinale, terminés par l'évacuation de calculs que l'analyse chimique démontra être constitués par du salol.

Il est remarquable que du salol, introduit dans l'organisme à l'état pulvérulent, se soit transformé, sous l'influence d'actions chimiques inconnues, en cristaux.

Le poids total de ces calculs était de 4 grammes ; le plus gros pesait deux grammes.

M. ROBIN, en terminant, insiste sur :

1° La possibilité de la formation de sable intestinal d'origine thérapeutique;
2° La cristallisation dans l'économie de salol absorbé à l'état pulvérulent;
3° Sur ce nouvel inconvénient de l'antisepsie intestinale.

Nous parlions, dans notre dernière revue d'hygiène, de l'emploi de l'ozone dans le traitement de la coqueluche. Le Dr Doumer rapporte, dans le *Nord Médical*, 14 cas traités avec succès par cette méthode. Les inhalations duraient de 10 à 15 minutes, deux fois par jour. Dès le second jour, les quintes de toux étaient plus espacées, les vomissements disparus ; mais la guérison ne demeurait permanente qu'après 9 à 15 jours de traitement. Les malades étaient âgés de 3 à 35 ans ; les quintes de toux se renouvelaient, avant l'administration de l'ozone, de 20 à 60 fois par minutes.

Le Dr Guyon a présenté à l'Académie de Médecine, à sa séance du 13 avril, au nom de M. Albarran, un cystoscope qui permet de pratiquer le cathétérisme des uretères sans déplacer l'instrument.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

LIGATURE ET PANSEMENT DU CORDON OMBILICAL

Par le Dr A. SCHWAB.

Après la naissance de l'enfant, celui-ci reste encore attaché à la mère par le cordon ombilical. Le premier soin de l'accoucheur ou de la sage-femme consiste donc à séparer complètement l'enfant de la mère grâce à la section du cordon.

Cette opération en apparence si simple, n'en a pas moins suscité un grand nombre de discussions parmi les accoucheurs, discussions qui ont porté sur les points suivants : Est-il utile de lier le cordon avant de le sectionner? A quel moment est-il préférable de le lier et quelle substance faut-il employer pour la ligature? Quel doit être le pansement consécutif du cordon?

Nous allons envisager successivement ces différents points.

1°. Et, tout d'abord, *est-il utile de lier le cordon?*

Quelques accoucheurs, se fondant surtout sur ce qui se passe chez les animaux, avaient nié autrefois l'utilité de la ligature du cordon avant sa section. Et des auteurs tels que P. Dubois, Depaul, Zimmermann, Wolfart, ont fait un grand nombre de fois la section simple du cordon sans ligature, et n'ont pas observé d'hémorrhagie consécutive. Mais nous devons ajouter immédiatement que dans tous ces faits la respiration de l'enfant était bien et dûment établie.

En effet, quand la respiration s'opère régulièrement, le sang du cœur droit afflue vers le poumon, empêchant ainsi le reflux vers la veine ombilicale; et d'autre part, la rétraction rapide des artères ombilicales s'oppose à une hémorrhagie par ces artères. (Tarnier, Ribemont). Mais que la respiration soit gênée et s'effectue mal (maillot trop serré, obstruction des voies aériennes par du liquide amniotique, faiblesse congénitale, etc.), et la circulation reprendra dans le cordon pouvant donner lieu ainsi à des hémorrhagies graves, souvent mortelles, si la ligature du cordon n'a pas été pratiquée.

D'ailleurs, l'argument tiré du règne animal ne résiste pas à l'examen des faits; les animaux, en effet, mâchent, piétinent ou étirent le cordon pour le sectionner, manœuvre bien différente de la section nette opérée par un instrument coupant.

En résumé, tout le monde est d'accord aujourd'hui pour recommander la ligature du cordon ou plus exactement du bout fœtal du cordon, dans tous les cas indistinctement.

2° La nécessité de la ligature du cordon étant dûment reconnue, *à quel moment faut-il la pratiquer?*

Sur ces points, les accoucheurs diffèrent d'avis.

Mauriceau, Clément, Zweifel, recommandent de ne faire la ligature qu'après la délivrance, c'est-à-dire après la sortie du placenta. M. Auvard appelle ce procédé : "La ligature retardée." Cette méthode est complètement abandonnée aujourd'hui.

Actuellement, deux procédés restent en présence : celui de la *ligature immédiate*, (pratiquée tout de suite après l'expulsion de l'enfant), et celui de la *ligature tardive*, (faite quelques minutes après l'expulsion).

Cazeaux, Verrier, Joulin, Pénard et d'autres, recommandent de lier et de couper le cordon immédiatement après la naissance de l'enfant. Stolz, partisan aussi de la ligature hâtive, dit cependant d'attendre, pour lier le cordon, que l'enfant respire largement et pousse des cris.

Au contraire, Nægelé, Leroy, Jacquemier attendaient pour faire la ligature, que les battements du cordon fussent devenus très faibles.

Plus récemment, (1875), sous l'impulsion du professeur *Tarnier*, on reprit cette question de la ligature tardive, et les auteurs appuyèrent leurs conclusions sur des preuves vraiment scientifiques. M. Tarnier, en effet, pensa que la ligature faite immédiatement après l'expulsion de l'enfant, devait priver ce dernier de la quantité de sang contenue encore dans le placenta et qui appartient en réalité à l'enfant.

Il fit donc faire, par son élève, M. Budin, une série de recherches "destinées à évaluer la quantité de sang qui s'écoule par le bout placentaire du cordon lorsqu'on fait la ligature immédiate et celle qui s'écoule par la même voie lorsqu'on fait la ligature de 1 à 2 minutes, après la cessation de tout battement des artères ombilicales."

En un mot, M. Budin évalua la quantité de sang fœtal contenu encore dans le placenta, après l'expulsion de l'enfant et dont on prive ce dernier par la ligature hâtive. Cette quantité de sang constitue le *reservblut* de Schûking.

M. Ribemont, en 1879, a repris ces expériences de son côté. De ces différents travaux il résulte que la ligature tardive pratiquée après cessation des battements dans le cordon fait bénéficier l'enfant d'une quantité de sang qui peut être évaluée à 92 grammes. Or, si l'on admet avec Welcker que la masse totale du sang d'un nouveau-né de 3,000 grammes est de 158 grammes, l'on se convainc facilement de la perte considérable de sang que l'on fait subir à l'enfant par la ligature hâtive.

M. Ribemont, de plus, a démontré que le sang contenu dans les vaisseaux placentaires est nécessaire à l'établissement normal de la troisième circulation, Et Hélot, de Rouen, de son côté, a montré, en 1877, que la ligature tardive augmente notablement la richesse globulaire du sang du nouveau-né.

Enfin, MM. Budin et Ribemont ont fait voir par leurs expériences que la diminution initiale de poids des enfants nouveau-nés était moins marquée après la ligature tardive qu'après la ligature immédiate, et qu'au dixième jour l'augmentation de poids de l'enfant était plus considérable, après la ligature tardive.

Aussi bien, à l'heure actuelle, la plupart des accoucheurs pratiquent la ligature tardive. Mais à quel moment exact faut-il faire cette ligature tardive ?

M. Porak (thèse de Paris, 1878), admettant avec Schücking que la pénétration du sang placentaire dans le corps du fœtus est due à la rétraction et à la contraction de l'utérus, regarde les artères ombilicales comme la soupape de sûreté de la circulation fœtale. M. Porak veut donc qu'on pratique la ligature dès que cessent les battements des artères ombilicales. Si, d'après M. Porak, on attend au contraire, pour faire la ligature du cordon, que les battements des artères ombilicales aient cessé depuis 2 ou 3 minutes, on risque de surcharger le système circulatoire de l'enfant, prédisposant ainsi ce dernier aux hémorragies et à l'ictère. Mais MM. Budin et Ribemont ont nettement démontré que le sang du placenta passe dans le fœtus, grâce à l'aspiration thoracique de ce fœtus. Et tout récemment M. Maygrier (journal *l'Obstétrique*, No du 15 mars 1896), a mis en lumière le rôle exclusif joué par l'aspiration thoracique, en montrant par 8 observations probantes que le cordon continue de battre et que le sang continue de passer du placenta au fœtus, alors même que le placenta sort de l'utérus en même temps que le fœtus.

En un mot, l'argument de M. Porak ne trouve plus de défenseur et actuellement on pratique la ligature de la façon suivante : dès que l'enfant est né, on le met en travers entre les jambes de la femme, il reste attaché par le cordon ; on lui enlève les mucosités de la gorge; on essuie superficiellement avec un linge sec tout son corps, puis on le place dans un linge chaud.

On attend alors que la circulation fœto-placentaire ait cessé complètement et que les battements du cordon n'existent plus. Mais il faut avoir soin, pour

se rendre compte de l'existence ou de la non existence des battements funiculaires, d'examiner le cordon assez loin de l'ombilic, car, au voisinage de l'ombilic, il peut persister pendant très longtemps des battements transmis, alors qu'en réalité la circulation fœto-placentaire est arrêtée depuis longtemps.

Les battements du cordon durent en général quelques minutes. Dès que ces battements ont cessé complètement, on procède à la ligature du cordon.

En général, il suffit de jeter une ligature sur le bout fœtal du cordon. Quelques auteurs cependant font deux ligatures sur le cordon et le sectionnent entre les deux ligatures. Mais la ligature du bout placentaire n'est vraiment utile que dans le cas de grossesse gémellaire, alors qu'il pourrait exister une circulation commune aux deux fœtus. M. Auvard fait une ligature sur le bout placentaire, " au niveau de la vulve pour avoir un indice du décollement et de la descente des annexes. "

3° *Où et comment faut-il lier le cordon?*

Il faut placer la ligature à 2 ou 3 travers de doigt de l'ombilic en moyenne à 3 centimètres de cet ombilic. Si la première ligature cède, on a ainsi suffisamment de place pour refaire une seconde ligature. De plus on évite autant que possible en plaçant la ligature à une certaine distance de l'ombilic de comprendre dans la ligature une anse intestinale herniée.

La ligature faite on sectionne le cordon à 1 centimètre au delà et on s'assure avant d'emmailloter l'enfant qu'il n'y a point d'hémorragie. Pour faire la ligature on se sert d'ordinaire d'un fil fort de Bretagne ciré ou bien d'un fil de soie tressé. Mais il est de toute nécessité d'employer un fil bien et dûment asceptisé : à cet effet on fait bouillir le fil dans le sublimé par exemple et on le conserve dans la solution de sublimé. On fait la section du cordon avec les ciseaux rigoureusement stérilisés et trempant dans une solution phéniquée.

Si on omet ces précautions antiseptiques, on risque de voir survenir des accidents infectieux (érysipèle péri-ombilical, lymphangite, omphalite, artérite, phlébite, septicémie.)

Donc avec un fil fort bien aseptique on pratique une première ligature en faisant pour plus de sûreté le nœud du chirurgien. On sert progressivement et suffisamment le nœud afin de bien étreindre les vaisseaux; mais il ne faut pas serrer trop pour ne pas couper le cordon. Puis faisant passer les deux chefs du fil dans la rainure faite par la première ligature on refait au point diamétralement opposé un second nœud.

Mais il est des cas où la ligature que nous venons de décrire n'offre pas assez de sécurité. Nous voulons parler des cas où la gélatine de Wharton est très abondante, où, en d'autres termes le cordon est *gras*.

Qu'arrive-t-il avec ces cordons gras ? La gélatine de Wharton se dessèche rapidement, les vaisseaux ombilicaux cessent bientôt d'être comprimés par la ligature et des hémorrhagies graves peuvent survenir surtout si l'enfant fait des efforts ou est trop serré dans ses langes.

On a indiqué successivement une série de moyens pour prévenir ces hémorrhagies dans les cordons gras. On a recommandé 2 ou 3 ligatures superposées; mais ces 3 ligatures deviennent simultanément inefficaces. Puis on a conseillé de faire des mouchetures sur le cordon, de faire sortir par expression une certaine quantité de gélatine de Wharton et de pratiquer ensuite la ligature. M. Tarnier d'abord, puis M. Budin recommandèrent la ligature *élastique*. M. Budin se sert d'un fil élastique qui mesure 2 millimètres à la filière Charrière. " On tend le fil par une traction modérée pendant qu'on l'enroule plusieurs fois autour du cordon, puis on arrête les deux bouts de fils par un double nœud."

Mais ce fil élastique peut glisser et s'échapper ; aussi M. Tarnier a-t-il imaginé le *procédé de l'allumette*. On applique sur le cordon et parallèlement à sa longueur le bois d'une allumette. On comprend alors dans la ligature élastique le cordon et l'allumette, cette dernière empêchant le fil de glisser. Lorsque le nœud est fait, on prend entre deux doigts les deux extrémités de l'allumette, on

exerce avec l'autre main une pression sur le centre de l'allumette. Celle ci se brise, et on retire facilement les deux extrémités brisées. Et le lien élastique tient fortement. Cette ligature élastique exerce une pression continue et forte ; et elle ne présente pas l'inconvénient de sectionner le cordon comme on aurait pu le craindre.

Mais on n'a pas toujours un fil élastique à sa disposition. Aussi M. Budin emploie-t-il depuis quelques années, pour la ligature des cordons gras, un autre procédé qu'il vient d'exposer tout au long dans le journal *l'Obstétrique* (No 1, janvier 1896, p. 61). (1) Voici comment se pratique cette ligature : " A. Avec un fil de lin simple ou double, de 25 à 30 centimètres de longueur environ et qui a été trempé dans une solution de sublimé, on fait sur le cordon, à 2 ou 3 centimètres de l'ombilic, une ligature circulaire bien serrée. On coupe ensuite le cordon à 1 centimètre au delà de la ligature.—B. On dirige en haut la surface de section du cordon. Les deux chefs du fil qui a servi à la ligature étant séparés, l'un de ces chefs est placé dans le sillon fait par la ligature et reporté sur la circonférence du cordon jusqu'au point opposé. Les deux chefs du fil sont alors placés sur la surface de section ; on les croise, on serre, puis on fait un nœud. Cette seconde ligature perpendiculaire à la première sépare les vaisseaux du cordon.—C. Il suffit ensuite de procéder à la ligature de chacune des moitiés du cordon. Les deux chefs passent à droite et à gauche d'une des moitiés ; on serre et on noue." Ce procédé aurait toujours donné à M. Budin d'excellents résultats.

Si par hasard, au cours de la ligature du cordon, ce dernier s'arrache au ras de l'ombilic, on peut essayer de pincer les vaisseaux et de les lier avec un fil de soie.

4° *Pansement du cordon.*—Autrefois, une fois la ligature du cordon faite, on appliquait sur le moignon un pansement composé de morceaux de toile enduits de cérat ou de vaseline. Aujourd'hui on rejette avec raison ces pansements surannés qui empêchent le cordon de se dessécher, et on ne fait plus le pansement du cordon que de la façon la plus simple que voici : on applique sur le moignon une petite plaque d'ouate hydrophile bien aseptique et sèche, que l'on renouvelle aussi souvent qu'il est nécessaire et qu'on fixe avec une bande ou simplement avec le maillot. Mais, dans ce pansement, il faut avoir soin de relever le moignon du cordon en haut pour éviter qu'il ne soit contaminé par l'urine ou les matières fécales.

Dans ces derniers temps, quelques auteurs Keilmann, Wainstein, Bouffe de Saint-Blaise, se sont élevés contre l'usage des *bains* au moins jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie ombilicale. Les bains constituent, en effet, pour le moignon ombilical un traumatisme et apportent un retard à sa dessication. L'eau du bain, de plus, peut favoriser l'infection de la plaie ombilicale. Dans la clinique de Keilmann, à Breslau, sur 400 enfants non baignés, aucun n'eut de fièvre ; de plus, ces enfants eurent une baisse de poids moindre que les autres, et l'augmentation de poids commença un jour plus tôt et se fit plus régulièrement. La chute du cordon se fit en moyenne le septième ou le huitième jour. Et jamais on n'observa aucune complication ombilicale.

D'où la conclusion de l'auteur que l'abandon du bain est utile à l'enfant.

Le cordon, une fois tombé, la cicatrice ombilicale est d'ordinaire parfaite et tout traitement ultérieur devient inutile. S'il persistait une petite surface rouge légèrement suppurative, il suffirait d'appliquer un pansement sec antiseptique.

TRAITEMENT RATIONNEL DES DOULEURS PELVIENNES.

Nos lecteurs savent combien nous nous préoccupons des rapports de l'hystérie et de la neurasthénie avec les affections pelviennes et ils ont peut-être gardé le

(1) Voir l'*Union Médicale* du Canada, 1896, page 97.

souvenir de l'étude que j'ai publiée, il y a 4 ans déjà, sur la *séméiologie et le traitement des grandes névralgies pelviennes*, à une époque où l'hystérectomie était présentée comme le remède suprême des douleurs pelviennes liées, disais-je, à l'état névropathique de la malade beaucoup plus qu'aux lésions locales de l'utérus et des annexes. Depuis lors, le Dr Chéron a étudié les utéroptoses dans leurs rapports avec les interventions chirurgicales et les a rapportées à la neurasthénie qu'il importe de combattre autant et plus que l'abaissement de l'utérus lui-même. Nous avons insisté, à plusieurs reprises, sur la nécessité étroite dans laquelle se trouve le gynécologiste, s'il veut faire œuvre utile, de bien connaître et de bien traiter la neurasthénie, si fréquente chez un grand nombre des malades que nous avons à soigner ; les injections hypodermiques de sérum artificiel, suivant le règles établies par le Dr Chéron dans son important ouvrage sur les *Lois générales de l'hypodermie*, nous rendent, à ce point de vue, des services considérables, que nous rappelons une fois de plus à nos lecteurs.

La *Clinique de Montréal*, dans son numéro de février 1897, nous apporte, sous la signature du Dr Webster, un nouveau plaidoyer en faveur du traitement rationnel des douleurs pelviennes, chez la femme. Ces idées sont trop conformes aux nôtres pour que nous résistions au plaisir de citer quelques extraits de cet intéressant article.

" Lorsqu'on se trouve en présence de douleurs pelviennes, dit M. Webster, il faut avoir présent à l'esprit, les points suivants :

1° Les douleurs peuvent être dues à des lésions pelviennes suffisantes à les causer par elles-mêmes.

2° Les douleurs peuvent exister en même temps que des lésions minimes, capables, tout au plus, de causer de légères souffrances.

3° Les douleurs peuvent être un symptôme pelvien associé à quelque condition incapable par elle-même, de produire ce symptôme.

4° Elles peuvent être un symptôme prédominant dans certains cas où un changement d'aucune sorte n'existe dans les organes du petit bassin.

Il est, dès lors, évident que d'autres facteurs que les troubles locaux peuvent être mis en cause pour expliquer les phénomènes objectifs que nous considérons.

Parmi ces derniers, les troubles nerveux, la névrose dans l'acception la plus large du mot, tiennent la place principale. Cet état est rapporté au bassin de manières variées.

Dans un groupe de cas, des lésions locales, capables ou non par elles-mêmes, de produire les symptômes douloureux, peuvent avoir été la cause primaire d'une complication névropathique. Et plus l'état nerveux s'accentue, plus les douleurs pelviennes acquerreront d'intensité, la réaction nerveuse se manifestant au siège même de la lésion primaire.

Dans une autre classe de malades. il peut y avoir une très légère affection pelvienne causant un léger malaise L'état nerveux peut être dû à une cause tout à fait étrangère au bassin et se manifester par de violentes douleurs rapportées, par la malade, à la lésion pelvienne.

Dans une autre variété, chez des malades fortement névropathiques, on verra de violentes douleurs pelviennes exister en l'absence de lésions d'aucune sorte.

D'autres malades offrent cette particularité que la douleur pelvienne est, pratiquement, la seule manifestation de l'état névropathique. Ces cas peuvent être assimilés à ceux dont "l'idée fixe" constitue le caractère.

Dans d'autres cas, la douleur persiste, par continuation de l'action. réflexe, après que la lésion causant les douleurs a été guérie. Dans ces cas, le système nerveux de la malade a si bien enregistré la douleur qu'il continue à la reproduire par habitude et en dépit de tout contrôle possible de la part des centres nerveux d'ordre plus élevé. La biologie a démontré que cette manière d'impressionner le système nerveux est indiscutable. On trouve, de ce phénomène

un exemple frappant dans la continuation des douleurs dans les mêmes orteils, après et même longtemps après qu'un pied goutteux a été amputé."

" Il est bien moins malaisé, dit encore M. Webster, de faire quelques entailles, d'appliquer quelques points de suture que d'analyser avec soin et patience un cas embarrassant, difficile, et d'employer toute votre énergie, toute votre volonté à maîtriser un système nerveux détraqué."

Enfin, l'auteur insiste sur ce fait que le médecin doit être bien pénétré de cette pensée " que l'esprit a sur l'organisme un pouvoir transcendant ; que les effets des maladies peuvent être considérablement modifiés par les influences capables d'agir sur les centres cérébraux et cela spécialement dans les troubles dus aux névroses." Le médecin " se fera dès lors une loi, lorsqu'il traitera une une douleur pelvienne chez la femme, non seulement d'employer les moyens locaux et opératoires, non seulement de l'aider des toniques généraux, mais de convaincre la malade qu'il faut de toute nécessité éloigner de son esprit la pensée de ses troubles pelviens ; de lui enseigner de se contrôler ; de la consoler ; de lui enlever la crainte et l'inquiétude sur la gravité de son état et de lui faire comprendre l'importance qu'il y a à contre carrer le développement de toute névropathie qui pourra se manifester chez elle."

JULES BATUAUD,

Revue des Maladies des Femmes, mars 1897.

LA DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE DES FIBROMES EST-ELLE FRÉQUENTE ?

Quelque partisan que l'on puisse être de la non-intervention dans les tumeurs fibreuses, et cela surtout en raison de la mortalité toujours élevée de l'hystérectomie appliquée aux cas de fibro-myomes, il est certain que l'on devrait modifier ses idées à ce sujet si la dégénérescence maligne des fibromes après la ménopause était fréquente. M Jacobs (de Bruxelles) soutient, d'après son expérience personnelle, que les fibromes dégénèrent souvent en cancer et il y voit une raison de plus pour opérer, de parti pris, dès que le diagnostic est posé, tous les fibromes, quels qu'ils soient, même en l'absence de toute complication.

Nous croyons, pour notre part, que M. Jacobs est tombé sur une série exceptionnellement grave et que, jusqu'à plus ample démonstration, il convient de tenir les tumeurs fibreuses pour des tumeurs bénignes qui n'entraînent plus d'accidents après la ménopause et le plus ordinairement finissent par s'atrophier après la cessation des règles. Nous restons, par conséquent, partisans convaincus de la non-intervention.

Voici, d'ailleurs, la réponse que le Dr Dorff (de Bruxelles) a faite à l'opinion ci-dessus exposée de M, Jacobs, d'après le compte rendu officiel de la *Société belge de Gynécologie* (séance du 22 nov. 1896).

" M. Jacobs a dit à différentes reprises, et notamment dans notre dernière séance, qu'il considère un fibrome comme une tumeur plus ou moins maligne dont l'extirpation immédiate est toujours indiquée. Pour justifier cette manière de voir, il se base sur ses observations personnelles qui lui ont montré que la plupart des fibromes ne diminuent pas après la cessation des règles ; qu'au contraire, ils augmentent et même qu'ils dégénèrent le plus souvent en tumeurs malignes. Tout chirurgien expérimenté déduit les indications et les conclusions quant à la nécessité de faire telle ou telle opération tout d'abord de ses propres observations et expériences, mais en tenant toujours compte, dans une certaine mesure, de celles d'autres chirurgiens. C'est ainsi qu'il existe certaines questions dans notre spécialité qui ne peuvent être résolues que par un travail commun, par les observations accumulées de différents chirurgiens et par une critique sans parti pris. Il en est de même de la question de savoir si les observations de M. Jacobs sont corroborées par les observations des autres. Je m'occupais déjà de gynécologie à une époque où l'opération du fibrome, à cause de

sa gravité, n'était exécutée que lorsqu'il y avait indication vitale. J'ai donc pu suivre la marche d'un grand nombre de fibromes avant et après le retour d'âge. J'ai souvent pu, chez la même personne, assister à l'évolution du fibrome, non seulement pendant la vie gestative, mais même après la ménopause. Je puis affirmer que bien rarement, à cette époque, se présentaient des indications suffisantes pour nous autoriser à intervenir autrement que par le traitement symptomatique, qui alors constituait la pratique générale admise par tous.

Il y a vingt et un ans, c'est-à-dire en 1875, Hegar a exécuté la première myomectomie par laparatomie en Allemagne. Aujourd'hui on ne comprendrait pas les attaques, les reproches que Hegar a dû aubir par les adversaires de l'opération à cause de cette prétendue hardiesse. Aussi fallut-il attendre que le temps eût amené, chez les esprits prévenus, un revirement notable pour que l'on songeât à proposer la myomectomie Vers 1876 succédait la période de castration appliquée aux fibromes, opération introduite dans notre spécialité par Hegar. A part les deux premiers cas de castration, j'ai assisté pendant près de quatre ans à toutes les castrations faites par Hegar pour fibrome. Vous comprenez, Messieurs, que dans une clinique d'où émanait une nouvelle méthode opératoire qui fit tant de bruit, qui enthousiasmait tout le monde et qui rendait à des milliers de femmes la santé, des malades atteintes de fibromes affluaient en grand nombre de tous les coins du monde. J'ai donc trouvé dans cette clinique une occasion exceptionnelle d'observer un nombre considérable de fibromes de toutes formes, de tout âge, et autant que je me rappelle, je n'ai jamais rencontré un fibrome dégénéré. Ce n'est qu'à Bruxelles que j'ai observé une tumeur maligne de la matrice chez une femme de 64 ans ; elle n'avait jamais souffert auparavant.

J'ignore si cette dégénérescence s'est portée sur un ancien fibrome. Un cancer, accompagné d'un fibrome, est tout simplement une complication de celui-ci. J'en ai observé deux. On a même cru erronément, à une certaine époque, que le fibrome de la matrice la garantit contre le cancer.

Contrairement à ce que l'expérience m'a démontré, M. Jacobs a rencontré un si grand nombre de fibromes dégénérés après la cessation des règles, que, pour ce motif, il est d'avis que la simple constatation d'un fibrome chez une femme entraîne une intervention chirurgicale et immédiate. Le hasard, parfois, ménage au chirurgien toute une série de cas identiques dont l'accumulation accidentelle peut modifier momentanément une opinion. Quoi qu'il en soit, les observations recueillies par M. Jacobs, ne fussent-elles même pas l'effet d'un hasard heureux, devraient-elles encore, avant d'en accepter la déduction, être vérifiées et corroborées par des observations analogues émanant d'autres chirurgiens. Si cela était, il devient certain que la limite des indications opératoires, encore assez restreintes par un grand nombre de chirurgiens et des plus distingués, devrait être considérablement reculée. Quant à moi, je serais le premier à accepter ces larges indications avec enthousiasme. Nous serions alors délivrés de ce grand embarras de juger consciencieusement chaque fois qu'un fibrome se présente à nous, si l'intervention chirurgicale est indiquée d'après les multiples symptômes dus à la tumeur. Il n'en est malheureusement pas ainsi, et pour vous prouver, Messieurs, qu'à l'heure actuelle cette question est encore loin d'être suffisamment éclairée et unanimement résolue, je donne la parole au professeur Sänger, ancien maître de Jacobs. Sänger a émis, dans la Société de gynécologie de Leipzig, le 17 février 1896, son jugement en cette question, jugement basé sur ses observations et ses expériences personnelles. Voici dans quels termes il s'exprime :

Il est donc constaté, d'une façon absolue, que la plupart des fibromes, même d'une grandeur considérable, n'augmentent plus après l'âge climactérique retardé ; qu'ils deviennent souvent plus petits et même peuvent disparaître au point de ne pas être reconnaissables au toucher.

S'il n'était pas ainsi, se demande-t-il, comment pourrait-on expliquer que chez les femmes d'un âge avancé les fibromes se rencontrent si rarement, alors

que Bandl a établi que 10 0/0 des femmes prises dans leur ensemble sont atteintes de fibromes. Si, par hasard, on trouve un fibrome chez une femme vieille, ce fibrome est alors calcifié. La recrudescence d'un fibrome, aussi bien que sa dégénérescence en myosarcome et sarcome, après la cessation des règles, sont très rares ; même il n'est pas encore démontré qu'il y a des myosarcomes qui se sont produits par la transformation des fibres musculaires en cellules sarcomateuses. Les fibromes diminuent par métamorphose graisseuse, diffuse et moléculaire ; par la formation d'infarctus qui déterminent la nécrose graisseuse du tissu dans un espace plus ou moins grand ; par l'apoplexie ; par la formation passagère de cavités et sans compter que les fibromes peuvent s'éliminer assez souvent par voies naturelles à l'âge critique.

" Le résultat des observations du professeur Sänger est donc tout à fait contraire à celui auquel arrive M. Jacobs.

" En d'autres termes : il n'est nullement démontré jusqu'à présent que la majorité des fibromes subit la dégénérescence. Je n'ai d'autre intention pour le moment, en relevant la différence qui existe entre les observations de ces deux auteurs, que d'attirer votre attention et de vous engager de tenir bien compte de toutes vos observations qui se rapportent à cette question. Pour mettre en lumière le pour et le contre, et pour éviter toutes les discussions ultérieures, il faudrait aussi mettre dans cette statistique les cas de fibrome qui, à partir de la ménopause, diminuent, disparaissent, qui, en un mot, ne produisent plus aucun symptôme. Aussi arrivons-nous à une statistique comparative de la plus haute valeur, surtout concernant les indications opératoires."

JULES BATUAUD,
Revue des Maladies des Femmes, mars 1897.

EXAMENS DENTAIRES

Les examens pour l'admission à l'étude et à la pratique de l'art dentaire ont eu lieu dans le mois d'avril. Sur 21 candidats à l'étude, 9 ont été admis, M. Alex. Lemieux, pharmacien licencié de Québec, M. A. Trudeau, St. Hyacinthe, MM. Rowan, Adams, Mlle Giles, et 4 autres candidats anglais Trois se sont présentés pour le doctorat et la licence, et ont été admis, ce sont MM. Berwick, Munro et McLaren. Sur 13 à la licence, 5 ont réussi : MM. David Waters, George Kent, Antoine Saucier, A. Giles et E. McDonald. Les prochains examens auront lieu le 6 octobre prochain. Le Bureau des dentistes a rendu obligatoire, à partir du prochain examen, un examen sur le grec, la physique, la philosophie, les éléments de chimie et la botanique ; c'est dire que notre Bureau veut fermer la porte aux ignorants et nous l'en félicitons de tout cœur.

Du traitement du broiement de la main.—M. TILLAUX a fait connaître à ses élèves le principe qui doit régler la conduite du chirurgien, quand il se trouve en présence de doigts broyés.

Après l accident le traitement doit se borner à mettre un pansement asep, tique sur les doigts broyés, et à rendre la plaie absolument propre ; en un mot des soins de propreté, aucune intervention chirurgicale.

Ultérieurement, au bout d'une quinzaine de jours, on peut intervenir ; et en enlevant les parties nettement mortifiées on hâte la guérison. Toute opération faite plus prématurément risque d'enlever des parties qui n'ont rien de lésées, et de priver le patient d'un bout de doigt qui peut être d'une grande importance au point de vue de l'exécution de son travail.

REVUE D'HYGIÈNE

L'HYGIÈNE PROPHYLACTIQUE.

Dans un discours prononcé au Congrès Médical Pan-Américain, à Mexico, (1) le Dr E. P. Lachapelle, président du Conseil d'hygiène de la province de Québec, affirmait que " Pasteur, en démontrant que l'air, que l'eau, que les aliments, que tout ce qui entoure l'homme et pénètre en lui peut contenir certains germes de fermentation qui sont la cause unique de certaines affections, Pasteur a éclairé d'un jour nouveau l'étiologie et la pathologie de toute une classe de maladies qui, infectieuses de par leur essence et contagieuses de par leur nature, sont une des causes les plus considérables de la mortalité. Et comme, par le fait même, il prouvait l'importance et l'action efficace de la prophylaxie, il a placé l'hygiène au premier rang de la science médicale moderne, puisque l'hygiène n'est que la prophylaxie en action." Plus loin, l'éminent président du Conseil ajoutait : " Aussi la prévention des maladies contagieuses a-t-elle pris ces dernières années un développement considérable. L'hygiène moderne s'est attachée à l'étude de la prophylaxie de ces maladies, et les résultats qu'elle a obtenus ont été tellement satisfaisants que la loi a cru devoir appuyer de son autorité l'exécution des moyens conseillés par elle. On compte aujourd'hui les villes qui n'ont pas d'hôpitaux d'isolement et d'étuves à désinfection, les pays qui veulent se passer de conseil d'hygiène et de quarantaines."

C'est en effet grâce aux progrès accomplis par la bactériologie et l'hygiène si la prophylaxie des maladies contagieuses occupe aujourd'hui une place importante dans l'organisation de la société. Les autorités civiles et gouvernementales, soucieuses de mettre leur responsabilité à l'abri et de protéger leurs intérêts, ont saisi avec empressement les moyens efficaces que l'hygiène mettait à leur portée. Le public s'est prêté de bonne grâce aux mesures nouvelles que l'on établissait dans l'intérêt de la santé publique et commence aujourd'hui à en apprécier les avantages. Le médecin demeure l'intermédiaire obligé, le dépositaire des connaissances du jour, l'aviseur du gouvernement et le conseiller du public. Et c'est ainsi qu'une science nouvelle a peu à peu modifié notre manière de vivre.

Les autorités civiles et gouvernementales ont le devoir de protéger la santé publique, et c'est aussi leur intérêt. Ceci n'est pas difficile à prouver. L'une des fonctions de l'autorité, c'est de protéger le corps social contre les ennemis du dehors et du dedans ; or, la maladie est un ennemi avec lequel il faut compter. Il est donc évident que s'il existe un moyen d'éviter la maladie, les autorités ont le devoir d'en faciliter l'exécution. Certes, certaines maladies sont demeurées jusqu'ici indépendantes de tout contrôle humain : telles sont les maladies héréditaires et celles de la nutrition. Mais il n'en est pas ainsi des maladies contagieuses, et la prophylaxie s'applique pour elles avec succès. Ceci a été démontré expérimentalement et pratiquement, à l'aide de l'isolement et de la désinfection. Une fois l'efficacité de la prophylaxie démontrée scientifiquement, cela devenait une obligation pour les autorités de l'établir : de là les hôpitaux d'isolement, les étuves à désinfection, les quarantaines, les bureaux d'hygiène, les inspecteurs sanitaires, les lois sur la santé publique, etc., etc.

Les autorités, d'ailleurs, ont prêté leur concours avec d'autant plus d'empressement qu'elles y voyaient un moyen de protéger leurs intérêts. Au point de vue administratif, la maladie est une perturbation dans l'organisation sociale. Que voyons-nous lorsqu'une épidémie a envahi une ville et y fait de sérieux ravages? Rien ne va plus. Le commerce s'arrête, la circulation diminue, les

(1) Voir *Union Médicale* du Canada, Vol. XXV, page 705.

bureaux se ferment, les corps organisés cessent d'avoir leurs séances habituelles ; quelquefois même les cérémonies du culte sont interrompues. Tout le monde ne songe qu'à protéger sa vie et celle des siens ; la vie civique, pour un temps, est suspendue. Les autorités ont donc le plus grand intérêt à éviter un semblable désordre. Sans compter que la mortalité cause parfois des ravages terribles, enlève des membres éminents de la société et des fonctionnaires utiles à l'administration. D'ailleurs c'est un principe prouvé par la statistique que toute mort constitue une perte de revenu pour l'administration : c'est augmenter la richesse d'un pays que de protéger les habitants contre la maladie, et par conséquent la mort.

Le public ne pardonnerait pas aux autorités qui le gouvernent de le laisser sans protection. Pour le citoyen, quel qu'il soit, la santé est aussi nécessaire que le pain de chaque jour. Ouvrier, homme de profession, riche, peu importe : pour que la société fonctionne régulièrement, il faut que chacun, chaque jour, puisse se rendre à son occupation habituelle, et retrouve chaque soir, son foyer à l'état normal. Faites entrer la maladie dans une maison, et vous dérangez tout le rouage social.

Or, remarquez bien que le citoyen n'a ni l'autorité ni la science suffisantes pour se protéger lui-même, et qu'il doit forcément avoir recours, pour la première, aux autorités constituées, et pour la seconde, au médecin. Le citoyen dira à l'autorité : La maladie fait rage dans le pays voisin ou la ville voisine, prenez les mesures nécessaires pour qu'elle ne vienne pas jusqu'ici. La maladie a envahie la demeure de mon voisin, voyez à ce qu'il prenne les précautions voulues pour qu'elle ne traverse pas chez moi. Occupez-vous aussi de la propreté générale, afin que le milieu ne soit pas favorable à une épidémie. Et il dira au médecin : Voici l'un des membres de ma famille qui est malade, dites moi si la maladie est contagieuse, afin que je mette les autres membres de ma famille à l'abri ; vous seul connaissez la nature de la maladie, et je compte sur vous pour me prévenir. Et si la maladie est contagieuse, il lui dira en outre : Montrez-moi ce que je dois faire.

La responsabilité du médecin, dans ces circonstances, devient très grande. Ce serait un danger énorme que de l'ignorer. Comme nous le disions en commençant, le médecin demeure l'intermédiaire obligé entre l'autorité et le public, aviseur de la première et conseiller du second. Et il doit à son honneur et à sa réputation d'être à la hauteur de son rôle. Sans compter que la moindre négligence de sa part peut avoir les résultats les plus désastreux.

Quelle faute plus grande, par exemple, que de négliger la déclaration des maladies contagieuses, et par là d'apporter un obstacle insurmontable à l'établissement par les autorités d'une prophylaxie efficace. Le Dr Pelletier, secrétaire du Conseil d'hygiène de la province de Québec, dit à ce sujet dans le deuxième rapport annuel, page 11 : "Nous nous expliquons difficilement comment un médecin peut être partie à une entente dans le but de cacher l'existence d'une maladie contagieuse aux autorités sanitaires municipales, et surtout qu'il le fasse pour conserver la clientèle d'une famille. Il se trompe grandement, s'il croit rendre service à cette famille, car tôt ou tard il s'apercevra que la famille a vu dans cette complaisance un abus de la grande confiance qu'elle avait en lui comme son médecin, comme son conseiller en matières qu'elle ne connaissait pas ou ne connaissait que trop peu "

Le Dr Pelletier cite le cas suivant, qu'il fait suivre de réflexions très sévères.

" Un enfant appartenant à une famille influente d'une de nos villes tombe malade de diphtérie. Le médecin est appelé, mais ne déclare pas la maladie aux autorités sanitaires. L'enfant meurt et on lui fait des funérailles publiques auxquelles assistent un grand nombre de citoyens. Quelques jours après, un autre enfant tombe malade. Ce cas n'est pas déclaré non plus aux autorités municipales. L'enfant meurt, mais cette fois la famille et peut-être le médecin commencent à s'effrayer de la responsabilité qu'ils encourent, et on n'ose pas lui faire de funérailles publiques. On annonce la mort dans les papiers-nouvelles en

ajoutant "funérailles privées." Un troisième enfant tombe malade, le père se décide alors à faire la déclaration de ce troisième cas aux autorités sanitaires municipales qui, aussitôt, donnent des instructions pour l'isolement de l'enfant ; et la maladie ne s'étend pas davantage dans cette famille. Le médecin appelé à soigner dans cette famille croit-il lui avoir rendu service par son silence ? Evidemment non. L'isolement du premier malade, que l'autorité sanitaire eut ordonné, aurait très probablement empêché le second et le troisième enfant de prendre la maladie. Voici donc un médecin qui a contribué à exposer toute une famille et qui ne peut vraiment se laver les mains de la mort du second et de la maladie du troisième enfant. Ce médecin est-il bien digne de la confiance que l'on repose en lui ; et, tout bon médecin qu'il puisse être pour traiter un malade, ceux qui ne sont pas encore atteints de la maladie sont-ils en sûreté avec lui ? Il a voulu être complaisant pour la famille, mais en présence d'un second décès et d'une troisième maladie, cette famille lui saura-t-elle gré de sa complaisance ? La responsabilité de ce médecin ne s'est peut-être pas arrêtée là cependant. Parmi le nombre de personnes qui assistèrent aux funérailles du premier enfant, et qui ont pénétré dans la maison infectée, qui sait si plusieurs n'ont pas transporté dans leurs propres foyers ou ailleurs le germe de la maladie ?

" Se retrancher derrière le secret professionnel, pour un médecin pris en flagrant délit de négligence à déclarer une maladie contagieuse, mérite à peine considération. Ce n'est pas en effet parce que son honneur serait en jeu qu'une famille demande au médecin de ne pas déclarer un cas de diphtérie, mais pour s'éviter ce que, dans son manque d'éducation, elle appelle des " vexations " de la part des autorités sanitaires et ce que nous appelons nous et à bon droit *secours et protection.* Nous sommes encore à rencontrer une famille qui, après qu'il n'est plus question d'isolement et de désinfection pour elle, ait objection à ce qu'il soit connu qu'elle a eu à souffrir de la diphtérie, etc. Il ne saurait certainement en être autrement même pour la variole, car cette maladie laisse des traces qui défient le secret le mieux gardé.

" En conclusion, nous espérons que les médecins, sans exception à l'avenir, verront dans la déclaration des maladies contagieuses et l'intervention des autorités sanitaires, non pas une mesure vexatoire inutile, mais un secours de plus à donner aux familles atteintes de maladies contagieuses. Nous espérons, d'un autre côté, que les familles comprendront que de cette déclaration obligatoire découlent des mesures sanitaires nécessaires non-seulement pour la protection des voisins, mais pour la protection de la famille affligée elle-même."

Ces paroles du secrétaire du Conseil Provincial d'Hygiène font bien voir le rôle respectif du médecin et de la famille dans un cas de maladie contagieuse. Voici un autre exemple qui montrera ce qui peut survenir lorsque ni les autorités municipales, ni la famille, ni le médecin, ne s'intéressent aux questions d'hygiène prophylactiques.

Voici, pour le mois de mars 1897, le tableau de la mortalité causée par la *diphtérie* dans la paroisse de St. X.

Noms	Age	Durée de la maladie	Date du décès	Cause	Certificat signé par
1. Marie R.....	18 mois	5 heures	8 mars	Diphtérie	Le curé
2. Flaribert R....	5 ans	4 jours	10 "	Croup	Le médecin
3. Eva M.....	5 "	3 "	10 "	Diphtérie	Le curé
4 Rose G.....	2 "	15 "	11 "	Croup	"
5. Rodrigue R...	8½ "	4 "	16 "	Diphtérie	"
6. George R.....	4 "	4 "	16 "	"	"
7. Léon L.....	6 "	4 "	26 "	"	"
8. Rose Ma.. ...	2 "	10 "	28 "	"	"

La science médicale moderne nous a prouvé et nous enseigne que la diphtérie est une maladie extrêmement virulente et extrêmement contagieuse, mais que, en revanche, 1° le microscope permet d'en faire, au début, le diagnostic facile et rapide ; 2° l'isolement et la désinfection, pratiqués suivant des règles rigoureuses, et dès le début, suffisent à empêcher la contagion ; 3° l'administration du sérum antidiphtéritique, faite à doses convenables, même lorsque la maladie offre des symptômes graves, comme, par exemple, lorsqu'elle est localisée au larynx, est le meilleur traitement à appliquer et le plus efficace : il guérit 88 o/o des malades. On sait aussi que des doses faibles de sérum immunisent contre la maladie.

Examinons maintenant en détail la statistique de St. X. Nous pouvons en faire facilement l'analyse suivante. La diphtérie a régné dans la paroisse de St. X. pendant tout le mois de mars dernier ; la mort a visité cinq familles et enlevé huit enfants. Il est impossible de dire combien d'enfants ont été atteints par la maladie ; mais en étudiant le tableau précédent, on verra que ceux qui sont morts sont tombés malades, sauf deux exceptions, à six, huit et dix jours d'intervalle. Les enfants qui ont succombé ont été contagionnés successivement, et l'on aurait eu le temps en tenant compte de la période d'incubation de les mettre à l'abri, si l'on avait voulu prendre les mesures nécessaires. C'est parce que la maladie n'a pas été gênée dans sa marche qu'elle a pu se propager ainsi Si par exemple Rose G, qui tomba malade le 25 février, et par conséquent la première, eut été isolée immédiatement, et son entourage désinfecté, et si l'on eût pris les mêmes précautions pour les autres cas qui se déclarèrent peut-être ces jours-là, il est certain que l'on eut suffisamment contrôlé la maladie pour empêcher, par exemple, Léon L. de tomber malade le 22 mars, presque un mois après. Pour qu'une maladie contagieuse se répande ainsi pendant des semaines dans une paroisse, et enlève tous les quatre ou cinq jours, un ou deux enfants, il faut que les autorités se soient croisé les bras et aient laissé faire. Nous en avons d'ailleurs la preuve en ce que la municipalité n'a pas fait les déclarations d'usage au Conseil d'hygiène de la province. Il est vrai que dans la province de Québec, la vie d'un enfant compte si peu !

La marche de la maladie dans une famille, lorsque rien ne l'arrête, est tout aussi triste. Voyez la mort faire son œuvre dans la famille R.— Le 8 mars, elle enlève le bébé, Marie ; le 10 mars, elle prend le petit garçon, Flaribert ; six jours après, le 16, Rodrigue et George s'en vont ensemble. C'est Flaribert qui est tombé malade le premier, le 6 mars ; on peut en conclure que c'est lui qui a infecté les trois autres, puisque tous les quatre bien qu'habitant la même maison ne sont pas tombés malades en même temps. Or, quand Flaribert est tombé malade, on devait : 1° l'isoler complètement ; 2° faire la désinfection ; 3° donner aux enfants des doses immunisantes de sérum. On aurait ainsi empêché la maladie de s'étendre dans la famille. De plus, durant les quinze jours que le pauvre Flaribert a lutté contre la maladie, on aurait dû penser à appliqqer le traitement sérothérapique, qui l'aurait guéri. Flaribert est le seul des huit enfants qui ait été traité par le médecin, et celui-ci ne s'est pas trompé dans son certificat sur la nature de la maladie. A-t-il prévénu le père du danger auquel ses autres enfants étaient exposés ? lui a-t-il expliqué la nécessité absolue de pratiquer l'isolement et la désinfection ? A t-il aussi averti les autorités afin de leur permettre de mettre les autres familles en garde et de prendre les mesures nécessaires pour les protéger ? Enfin, pourquoi n'a-t-il pas employé le sérum ?

Ni les autorités municipales de St. X, ni les familles dont les enfants sont tombés malades, ni le médecin n'ont songé à l'hygiène prophylactique, à la prévention, au sérum, et le résultat a été une diminution de la population et beaucoup de troubles et de souffrance. Et dire que si personne ne voulait admettre les progrès de la science et en bénéficier, ce serait toujours ainsi. Heureusement qu'il n'est pas donné à tout le monde d'arrêter la marche du soleil, et que sa lumière fait encore plaisir à un certain nombre.

LE GRAND MÉNAGE DU PRINTEMPS ET LES MOUCHES.

Au point de vue hygiénique, il n'y a pas d'habitude plus saine et plus à recommander que ce nettoyage complet de la maison, que nos bonnes ménagères accomplissent avec un soin jaloux au retour de chaque printemps. La maison, fermée tout l'hiver, à cause du froid, est devenue quelque peu malsaine : l'air n'est pas suffisamment pur, les poussières en couches épaisses ont tapissé le fond des armoires et les recoins sombres, se sont infiltrées sous les tapis et dans les hardes ; les déchets sont accumulés dans la cave, la ventilation laisse à désirer, et les gens du logis, les poumons oppressés, soupirent après la venue du bon soleil réchauffant qui leur permettra d'ouvrir largement les fenêtres, de tout nettoyer, de tout sortir, de tout laver. (1) C'est la loi : la vie des gens et la vie des choses s'accompagnent d'usure et de déchets et malheur à qui laisse s'accumuler autour de lui les débris poussiéreux de chaque jour: c'est le champ de culture des germes invisibles, le terrain d'éclosion de maladies nombreuses. Voilà le bon soleil purificateur revenu ; ouvrons bien nos fenêtres et laissons-le pénétrer dans les plus petits recoins, car il nous apporte la santé.

Hélas ! les mouches aussi vont revenir ! " Il n'y a pas, dit le *Iowa Health Bulletin* (avril 1897), de peste plus dangereuse que les mouches... Elles nous arrivent de l'écurie et des cadavres en corruption, du pot d'ordures et du canal d'égoût, de partout où il y a de la pourriture et de l'infection. Leurs pattes couvertes de matière morbide, elles pénètrent dans la cuisine, elles rampent sur le pain, le sucre, les fruits, les gateaux, les tartes, sur tout ce qui n'est pas bien couvert, y laissant non seulement les saletés de leurs pattes, mais y déposant les excrétions de leur corps, que des examens répétés ont fait voir remplies des bactéridies les plus toxiques. La propreté et le respect de notre santé nous conseillent de dépenser l'argent nécessaire pour mettre des écrans aux portes et aux fenêtres, et d'acheter du papier à mouches ; et c'est de l'argent bien placé."

Nous ajouterons à ce tableau qui n'a rien d'exagéré le renseignement suivant : on vient de constater, dans l'Inde, que les mouches servent à transporter les germes de la peste et sont une cause fréquente de contagion.

Un dernier conseil. Beaucoup de gens ont l'habitude, durant l'été, de tenir les chambres dans une obscurité presque complète, afin de s'exempter des mouches; ne faites pas cela : mettez plutôt des écrans aux fenêtres. C'est une grande faute que de ne pas laisser le soleil entrer en abondance dans la maison ; nous n'avons pas de meilleur ami parce qu'il est le purificateur par excellence. Quelques uns vous diront : " Le soleil fait changer la couleur du tapis." Eh ! que vaut le plus beau tapis de Bruxelles à côté d'une bonne santé !

NAISSANCES

A Montréal, le 4 avril, Corinne-Adèle Bissonnette, épouse du Dr A.-E. Hébert, de St-Raymond, comté de Portneuf, une fille.

BARIL.—A Hochelaga, le 24 mars 1897, l'épouse du Dr G.-E. Baril, un fils

ERRATUM

Dans le numéro d'avril, page 198, article *apoplexie*, 6e ligne, remplacer le mot *épilepsie* par *apoplexie : n'a lieu dans l'apoplexie que plusieurs heures....*

(1) Voyez *L'Union Médicale* du Canada, 1896, page 295.

ART DENTAIRE

Sous la direction du Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien dentiste. Professeur d'anesthésie et chirurgie au collège dentaire de la Province de Québec.

Tout ce qui concerne ce département devra être adressé comme suit : Dr EUDORE DUBEAU, 391, rue St. Denis, Montréal.

LA CARIE DENTAIRE

Les moyens préventifs—Son traitement

Par le Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien-dentiste, Montréal.

Sans de bonnes dents, pas de mastication
Sans mastication, pas de digestion
Sans digestion, pas d'assimilation
Sans assimilation, pas de nutrition
Sans nutrition, pas de santé
Sans santé, vaut mieux la mort.

De là l'importance d'avoir soin de ses dents.

Ainsi que nous l'avons annoncé, dans le dernier numéro, cet article est le complément de l'étude que nous avons commencée, sur la carie dentaire. Nous avons dit ce qu'elle était, ses causes, et ses divisions, nous allons maintenant examiner les moyens de la prévenir, et aussi ceux de la guérir lorsqu'elle existe.

Les moyens préventifs de la carie sont une stricte observation de l'hygiène de la cavité buccale qui consiste à faire usage de brosses à dents, de dentifrices liquides ou en poudre, de cure-dents et de lavages antiseptiques. L'usage de la brosse au lever, au coucher, et après chaque repas devrait être adopté par tous; mais, la chose paraissant impraticable à beaucoup, nous devons nous contenter d'exiger son emploi matin et soir. J'ajouterai qu'il est plus important de nettoyer ses dents le soir que le matin, car la chaleur du lit aide à la fermentation des aliments qui se logent entre les dents. L'emploi de la brosse doit toujours être accompagné de dentifrice, et à ceux qui désirent une toilette plus minutieuse je leur conseillerai aussi des lavages buccaux avec des liquides antiseptiques. Pour ce qui est du cure-dents, je dirai avec un célèbre dentiste américain, qu'on a beau le bannir de la table comme n'étant pas de bon goût, il n'en reste pas moins un article indispensable à l'hygiène dentaire, car la brosse ne peut pas enlever les parties d'aliments qui pénètrent dans les espaces interdentaires. Le cure-dents est absolument nécessaire, mais vu qu'il y en a plusieurs genres,

je dois ajouter qu'il n'y a que celui taillé dans une plume d'oie qui soit parfait, car le cure-dents métallique produit de petits chocs électriques lorsqu'il y a des dents obturées en métal, et il n'est pas suffisamment flexible, de là le risque de le briser et d'en laisser une partie dans les gencives. Pour ce qui est du cure-dents en bois, ses extrémités sont trop grosses pour s'introduire parfaitement entre les dents ; à lui aussi il faut reprocher le manque de flexibilité, et lorsqu'un morceau se brise et reste dans les gencives, il amène souvent des conséquences graves. Un grand nombre de personnes emploient le fil de soie cirée qu'ils introduisent entre leurs dents pour en retirer les parcelles d'aliments ; ce procédé est à recommander. Nous terminerons cette partie en disant que beaucoup de gens emploient la brosse à dents mais de manière à se faire plus de tort que de bien, car elles la promènent d'un côté à l'autre de la bouche sur la largeur des dents ; ce procédé est injurieux car il a pour effet de décoller les gencives, qui laissent alors le collet des dents, et forment un bourrelet circulaire. De plus avec ce procédé les gencives saignent à chaque fois.

Pour obvier à ces inconvénients, il faut promener la brosse sur la longueur des dents, c'est-à-dire en allant de la gencive au bord de la dent, et cela pour la face interne comme pour la face externe ; pour les molaires, il faut nettoyer en outre la face masticante. Il ne faut pas craindre de brosser les gencives, cela ne peut que stimuler leur circulation, et avec ce procédé elles ne saignent jamais. En observant strictement cette manière, qui est la seule bonne, on conservera en bon état ses gencives et ses dents, et les personnes âgées retarderont le retirement des gencives, que leur âge amène, au collet des dents.

Si on avait un soin parfait de nos dents, les conserverions-nous toujours dans un bon état, nous demande-t-on souvent ? Certainement, c'est ce qui arriverait pour la grande majorité des gens ; je ne dis pas pour tous, car il faut faire exception pour ceux dont les dents ont été affectées dans leur développement par des causes héréditaires. Ce soin absolu de la cavité buccale, étant souvent négligé ou empêché par la maladie ou autres circonstances, il en résulte que les dents se carient, et réclament alors l'art du dentiste. Nous avons dit que la carie se divise en 4 degrés, dont nous allons étudier le traitement séparément :

1o. La *carie du premier degré*, ne dépassant pas l'épaisseur de l'émail, donne lieu à aucun phénomène subjectif, ni douleur, ni sensation spéciale, et pour ceux qui n'ont pas la louable habitude de faire examiner leurs dents tous les six mois, elle reste généralement ignorée jusqu'à ce qu'elle atteigne la dentine sensible, et alors elle devient du 2me degré.

Diagnostic.—Elle se reconnaît à la décoloration de l'émail et à sa friabilité sur les points cariés.

Traitement.—Il consiste dans la résection de l'émail friable, et l'obturation de la cavité à l'aide d'une des substances employées dans ce but en art dentaire. Nous verrons plus loin quelles sont ces substances et leur emploi.

2°. La *carie du 2me degré*, envahissant la dentine ou ivoire, produit généralement une douleur plus ou moins vive qui est causée par le fait que la dentine est composée de petits canalicules qui contiennent une substance semi-

liquide reportant au nerf de la dent les chocs qu'ils reçoivent et qui sont causés par le chaud, le froid, les acides, ou autres substances.

Diagnostic.—Il est facile, soit par la douleur qu'elle produit ou par la recherche à l'aide d'un instrument explorateur et d'un miroir à bouche ; dans ce cas, la dentine est amollie et s'enlève par couche.

Traitement.—Il consiste d'abord à exciser les bords faibles de l'émail qui entourent la cavité, à enlever la dentine amollie, et à employer un désinfectant ou germicide pour tuer les microbes.

Cette première partie accomplie, l'obturation d'une cavité de ce genre, si elle est faite avec un métal, doit avoir une couche de ciment ou gutta percha en contact immédiat avec le fond de la dent, car, autrement, le métal seul amènerait des chocs douloureux qui, à la longue, font mourir le nerf.

3o. La *carie du 3me degré*, appelée aussi premier état de la carie pénétrante, met le nerf à nu ou le laisse recouvert d'une couche de dentine amollie.

Diagnostic.—On la reconnaît facilement et par les *phénomènes subjectifs*, c'est-à-dire les indications qui nous sont fournies par le patient, et par les *phénomènes objectifs*, c'est-à-dire ceux qui relèvent des explorations du praticien. Cet état de la carie est toujours grave, car il met la vie du nerf en danger, et très souvent, lorsque le patient se présente pour être traité, le nerf est dans un état pathologique qu'il faut faire disparaître si on veut le conserver. Dans ce 3me degré, l'eau chaude ou froide cause des douleurs intenses, la dent paraît allongée, et de fait elle l'est, car le nerf communiquant son inflammation à la membrane péridentaire, la dent est un peu poussée au dehors, ce qui rend l'articulation des dents très sensible. L'insomnie vient généralement se joindre aux symptômes précédents, et il faut alors l'enlèvement de la cause pour ramener le sommeil.

Traitement.—S'il existe de la dentine amollie en contact avec le nerf, il faut l'enlever avant d'obturer ; si le nerf est à nu et non malade, l'obturation est encore assez facile, mais s'il est affecté d'inflammation ou de périostite, il faut alors le traiter avant d'obturer, et dans le cas d'insuccès il faut le faire mourir, l'enlever, et remplir sa cavité avec du gutta percha accompagné de médicaments avant d'obturer la partie supérieure. Tous les états de cette carie demandent d'être traités avec beaucoup de soin. Il y a toujours avantage à sauver le nerf lorsqu'on le peut, car, en l'enlevant, on ôte à la dent la plus grande partie de sa vitalité, puisqu'il n'y a plus que la membrane péridentaire qui la nourrit, et, de plus, une dent dont le nerf a été enlevé prend une couleur bleuâtre.

4° La *carie du 4ème degré*, appelée second état de la carie pénétrante, constitue ce que nous appelons une *dent morte*, car le nerf est mort.

Diagnostic.—La pénétration dans les racines à l'aide d'un explorateur, et cela sans douleur, est un indice sûr du 4me degré ; de plus, s'il y a décoloration de la dent ou abcès alvéolaire, il ne peut y avoir de doute.

Traitement.—S'il y a simple mortification du nerf, il suffit de l'enlever, de désinfecter le canal, et d'obturer le tout pour que la dent soit en bon ordre et dure longtemps ; mais si sa mortification est accompagnée de complications telles que inflammation du périoste, abcès alvéolaire, etc., il faut alors traiter ces

affections, et attendre leur complète disparition, afin de pratiquer l'obturation définitive. Nous avons donc passé en revue comment se comporte les quatre degrés de la carie, comment on les reconnaît et comment on les traite. Si je m'étais adressé à des dentistes, je serais entré dans une foule de détails que j'ai omis, vu qu'ils sont inutiles au médecin pour qui ces grandes lignes seront suffisantes pour avoir une idée générale d'un art qu'il n'a pas le temps d'étudier et sur lequel il est souvent questionné.

Avant de terminer, je dirai un mot des différentes matières obturatrices que nous employons, l'*or*, les *alliages*, le *ciment*, le *gutta-percha*.

L'*or* est le métal par excellence pour obturer les dents, car n'ayant aucun retrait, il ne peut y avoir d'infiltration de la salive entre la paroi dentaire et le métal; il est difficile de le travailler parfaitement, et, le prix des obturations en or étant élevé, il est relativement peu employé au Canada si on considère la quantité employée chez nos confrères des Etats-Unis.

Les *alliages*, communément appelés obturations en platine ou en argent, sont des mélanges d'argent et d'étain, ainsi que d'or et de platine dans les alliages dispendieux. Ces alliages, dissous dans une quantité de mercure très petite, forment une pâte qui durcit en peu de temps et forme une obturation très dure et très durable.

Le *ciment* est composé d'un liquide et d'une poudre qui, mélangés, forment une pâte approchant bien la couleur de la dent et qui, étant collante, adhère parfaitement aux parois de la dent. Le ciment a l'inconvénient d'être dissout par la salive plus ou moins rapidement, suivant l'acidité de la bouche.

Le *gutta-percha* est employé pour les obturations temporaires et traitements

---

Le nommé Brenner, accusé d'avoir laissé ses enfants malades de la rougeole aller à l'école, ce qui fut la cause que 12 autres enfants contractèrent la maladie, a été condamné par le juge à $10 d'amende et frais ou à 1 mois de prison.

DÉCÈS

Brien.—Le 22 mars, au Sault-au-Récollet, est décédé monsieur le Docteur Joseph-André-Samuel Brien, âgé de 40 ans 8 jours.

Hébert.—A Montréal, le 19 avril, chez son père, le grand connétable Bissonnette, est décédée à l'âge de 35 ans 6 mois, Corinne Adèle Bissonnette, épouse du Dr A.-E. Hébert, de St-Raymond, comté de Portneuf.

Fontaine.—Nous apprenons avec regret la mort de Madame Fontaine, épouse de notre ami le Dr Fontaine, de Buckingham, arrivée à Montréal, lundi, le 10 mai, et nous offrons à la famille nos sincères condoléances.

Les funérailles ont eu lieu mercredi, le 12 mai. Le convoi funèbre est parti de la résidence de M. Marcoux, père de Madame Fontaine, 792 rue Lagauchetière, à 8 heures du matin.

FORMULAIRE

Dysenterie.

Amidon iodé.....
Huile de cinnamone..... } Parties égales.
Huile de fenouil.....

Dose : 1 grain 4 fois par jour.

IRRIGATION INTESTINALE

Solution d'amidon iodé à laquelle on ajoute :
Chloroforme..... } De chaque
Teinture d'iode..... } quelques gouttes.
Huile de cinnamone.....

KOTSCHOROWSKY.

Hémorrhoïdes.

Extrait fluide d'hamamelis.....
Extrait fluide d'hydrastis..... } 4 parties
Teinture composée de benjoin.....
Teinture de belladone..... } 1 partie
Huile d'olive contenant 5 % d'acide carbolique..... } 8 parties
M. Liniment.

ADLER.

Stomatite aphteuse.

(1) R. Borax..... 4 parties.
Teinture de myrrhe..... 8 —
Sirop de mûres..... 60 —
M.

(2) R. Borax..... 4 parties
Teinture de benjoin..... 2 —
Eau distillée..... 10 —
Sirop..... 20 —
M.

(3) R. Phosphate de soude..... 10 parties
Eau de fleurs d'oranger..... 25 —
Miel roseat..... 50 —
M.

(4) R. Chlorure de chaux..... 2 parties
Miel..... 20 —
M.

(5) R. Chlorure de potassium..... 3 parties
Eau distillée..... 60 —
M.

Application locale 4 à 5 fois par jour.

AMADEO LEVI.

Broncho-pneumonie.

R.	Sirop	1 once
	Sirop de tolu	1 —
	Cognac	2½ drachmes
	Acétate d'ammoniaque	20 grains
	Benzoate de soude	20 —

Sig—1 à 2 cuillerées à thé toutes les heures ou 2 heures, lorsque l'enfant est trop affaibli pour prendre un émétique.

R.	Antipyrine	5 grains
	Sirop de quinquina	1 once
	Sirop d'eucalyptus	1½ once
	Eau de menthe poivrée	2 onces

Sig.— 1 cuillerée à thé toutes les heures ou 2 heures, contre la fièvre.

GASTON LYON.

Catarrhe atrophique.

R.	Résorcine	1½ drachme
	Bicarbonate de soude	15 grains
	Biborate de soude	15 —
	Glycérine	1 once
	Extrait aqueux d'hamamelis	2 onces
	Eau, suffisamment pour faire	½ pinte

Sig.—En vaporisation dans le nez, 1 fois par jour.

JOHN NORTH.

Ictère.

R.	Bicarbonate de soude	½ once
	Liqueur pancréatique Benger	4 —
	Eau	2 —

Sig.—1 cuillerée à dessert 3 heures après repas.

LARAMÉE.

R.	Chlorate de soude	40 grains
	Extrait de noix vomique	2½ —
	Ft. pulv. No 10.	

Sig.—1 poudre, 3 fois par jour.

BARTHOLOW.

Diarrhée d'été.

R.	Acide sulfurique	1 drachme
	Teinture d'opium	40 gouttes
	Eau camphrée	8 onces

Sig.—2 onces toutes les 3 ou 4 heures.

Mixture de HOPE.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Directeur-Gérant : - - - - - *Dr J. B. A. LAMARCHE*

Rédacteur en chef : - *Dr E. P. BENOIT*

MONTRÉAL, MAI 1897.

☞ Nos abonnés sont priés de nous donner avis de leur changement d'adresse.

BULLETIN MÉDICAL

LE MICROBE DE LA CALVITIE.

Nous annoncions à nos lecteurs dans notre dernière livraison (page 227), que le Dr Sabouraud avait probablement découvert le microbe de la calvitie. La découverte a été depuis confirmée par les nouvelles et les articles parus dans les divers journaux de médecine. Nous sommes véritablement en présence d'une nouvelle conquête de la bactériologie. Le Dr Wickham, dans un intéressant article paru dans le *British Medical Journal* (1) rapporte les expériences du Dr Sabouraud, ainsi que les conclusions auxquelles il est arrivé ; le présent bulletin n'est au fond qu'un résumé de cet article.

Voici d'abord la technique à suivre pour trouver le microbe. Sur les parties du cuir chevelu atteintes de séborrhée, gratter l'exsudation huileuse que l'on a fait sortir par pression ; étendre cette exsudation sur une lamelle ; dissoudre les graisses par l'éther ; colorer pendant cinq minutes au violet de gentiane, décolorer par la solution de Gram, l'alcool et l'huile d'aniline : on voit sous le microscope des myriades de microbes spéciaux qui sont des bacilles très fins.

Le bacille, jeune, est punctiforme et ressemble presque à un coccus ; après coloration par le Gram, il n'a pas 1 millimètre de long. Les bacilles adultes ont un millimètre de long par ½ millimètre de diamètre. On en trouve quelquefois, mais rarement cependant, dans l'exsudation, qui ont une forme sigmoïde, et sont de la longueur du bacille de la tuberculose : on les trouve en chaînette.

Les bacilles de la séborrhée se localisent, par masses arrondies, au tiers supérieur du follicule pileux. Lorsqu'ils sont associés a d'autres germes, ce qui

(1) L. WICKHAM, M. D. The microbial origin of baldness.—*British Medical Journal*, april 24, 1897.

arrive souvent, cela donne lieu à des affections secondaires des follicules, telles que diverses variétés d'acné. Ces mêmes bacilles attaquent aussi les glandes sébacées du cuir chevelu. Le cheveu que contient un follicule malade meurt, et si on l'examine au microscope, on constate que la partie la plus vieille est saine, et la partie la plus jeune atrophiée. Les croûtes qui se forment sur la tête des séborrhéïques sont dues à la superposition d'autres microbes qui, en général, dans ces cas là, ne causent pas d'acné.

Le Dr Sabauraud ne peut pas encore expliquer quel est le mécanisme par lequel le bacille de la séborrhée produit la calvitie. Anatomiquement, il amène une hypertrophie progressive des glandes sébacées et une exsudation de leucocytes autour de la papille du cheveu. Lorsque ceci est accompli, le cheveu tombe, et chaque cheveu nouveau qui remplace un cheveu tombé est plus faible et plus petit que son prédécesseur.

Le Dr Sabouraud affirme que la pelade est de même nature que l'alopécie séborrhéïque. La dépilation de la séborrhée est chronique, incomplète, diffuse, et siège de préférence au sommet de la tête. La dépilation de la pelade est complète, localisée, et peut survenir sur n'importe quel point du cuir chevelu. Une plaque de pelade est une attaque aiguë localisée de séborrhée. La preuve de ceci, c'est que, sur les coupes de peau affectée de pelade à son début, on trouve tous les follicules pileux sans exception infectés par le bacille séborrhéïque, tandis qu'autour des parties malades le cuir chevelu est sain et les follicules sont indemnes. Pour trouver cela, Sabauraud a fait des recherches pendant un an et examiné attentivement pas moins de trente-deux coupes de peau : il a toujours constaté le même fait, qu'il a confirmé expérimentalement en inoculant des cultures du bacille à des moutons, des cochons d'Inde et des lapins, ce qui a produit chez ces animaux des plaques de pelade. Il conclut sans hésiter que la séborrhée et la pelade sont essentiellement identiques.

Le Dr Sabouraud a donc prouvé, la chose est maintenant admise : 1° que l'origine microbienne de la calvitie est certaine ; 2° que le microbe de la calvitie est le même que celui de la séborrhée ; 3° que la séborrhée et la pelade sont de même nature. Mais le savant médecin français ne veut pas s'arrêter en si beau chemin. Il poursuit activement ses recherches afin de compléter ses expériences. Qui sait si un beau matin il ne nous donnera pas le traitement spécifique de la calvitie, la lotion merveilleuse désirée depuis si longtemps, et que beaucoup de gens accueilleraient comme une eau de Jouvence (à condition, naturellement, qu'ils ne s'en servent pas trop tard).

Le gouvernement de Québec ayant souscrit $2.000 pour aider aux frais de réception de l'Association Médicale Britanniqne, cela fait, joint aux $3.000 votées par le Conseil de Ville de Montréal et aux $ 5.000 allouées par le gouvernement d'Ottawa, la jolie somme de $ 10.000 dont le Comité exécutif pourra disposer. Cette somme sera, croyons-nous, suffisante, d'autant plus qu'un certain nombre de médecins bien connus ont bien voulu donner leur signature pour constituer un fonds de garantie auquel on n'aura recours que forcé par les circonstances.

COURRIER DES HOPITAUX

CRÈCHE DE LA MISÉRICORDE.

Depuis le mois de janvier dernier, les sœurs de la Miséricorde ont confié le soin des bébés malades de leur Maternité au Dr I. Cormier, le spécialiste bien connu, qui s'est adjoint comme assistant le Dr Dubé, récemment revenu de Paris. Ces messieurs ont reçu carte blanche, et s'occupent en ce moment à réorganiser la Crèche d'après les principes modernes et les données hygiéniques.

Plus de soixante nouveau-nés sont en ce moment sous leurs soins, la plupart souffrant de gastro-entérite, de broncho-pneumonie et d'ictère. La visite est faite tous les matins par les médecins, les prescriptions s'écrivent dans un cahier spécial ; la sœur directrice fait la visite avec les médecins.

La supérieure des sœurs de la Miséricorde, qui a passé plusieurs années à New-York, et M. le curé Auclair, directeur, ont décidé de commencer immédiatement les travaux de construction d'une nouvelle crèche, et de ne rien négliger dans l'installation. Il y aura deux grandes salles de 15 pieds de hauteur, bien ventilées et bien chauffées, ainsi que des laboratoires éclairés par le toit et une salle d'autopsie. L'antiseptie sera rigoureusement pratiquée ; les enfants ne boiront que du lait stérilisé ou modifié, et de l'eau stérilisée. Chaque bébé aura sa carte d'observation, où seront enregistrés jour par jour le poids, la nature des selles, le traitement donné, etc. Enfin, pour ne plus avoir à compter sur les filles, qui sont des garde-malades de mauvaises volonté, la communauté a l'intention de fonder une école de *nurses*, qui apprendront à soigner les accouchées et les nouveau-nés, et recevront à la fin de leur séjour à l'hospice un certificat de capacité.

En attendant cette installation tout à fait moderne, les Drs Cormier et Dubé ont installé une salle de dix lits où tout se passe conformément aux lois de la pédiatrie et de l'hygiène. C'est en constatant les bons résultats obtenus dans cette salle que les autorités de l'hospice ont décidé la construction d'une crèche nouvelle et moderne. Ce sera une œuvre philantropique et méritoire qui méritera les sympathies du public.

Nous donnerons tous les mois un rapport de la crèche de la Miséricorde.

Tout fait présager pour la prochaine réunion de l'Association Médicale Britannique une assistance des plus nombreuses. Les Compagnies de navires transatlantique ont déjà loué toutes leurs meilleures cabines ; quelques navires même, qui quitteront l'Europe à l'époque du Congrès, ont déjà rempli leur liste de passagers. Plus de 400 invitations ont été envoyées aux principaux médecins des Etats-Unis ; le Président en invitera, sans aucun doute, un certain nombre à présenter des travaux. Les officiers des différentes sections sont activement occupés à préparer le programme de leur section respective. Enfin, nous n'avons aucun doute que le délégué français, M. le Professeur RICHET, ne vienne accompagné de quelques membres de la profession médicale. Tous les invités auront droit aux mêmes réductions dans les frais de transport que les membres de l'Association.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

REFONTE DES STATUTS DU C. M. & C. P. Q.

Dites donc, Docteur, avez-vous étudié le "Projet de refonte des statuts, règles et règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec ?"

—Non ! Est-ce que nos bons gouverneurs se seraient, enfin, décidés à renseigner la profession sur leurs faits et gestes ? Je n'ai pas entendu parler de ce fameux projet—je croyais qu'on s'occupait de nous comme le Grand Turc des Arméniens !

—Le Bureau ne nous a pas soumis ce projet, mais la "Clinique" l'a publié dans son numéro de novembre.

—Dame ! S'il faut recevoir tous les journaux de médecine d'Europe et d'Amérique pour se tenir au courant des événements, les revenus de tous les médecins du comté n'y suffiraient pas. La "Clinique" est-elle l'organe officiel du collège ? Je n'en sais rien, et les Secrétaires du Bureau ont bien pris le soin de ne pas nous communiquer cette décision—si décision il y a. Tenez, mon cher confrère, quand on met en contraste les procédés du Bureau des gouverneurs d'Ontario et ceux de Québec—il faut admettre qu'on ne nous traite pas toujours à tort de race inférieure. Si les médecins d'Ontario étaient traités, comme nous, très cavalièrement, vous verriez la profession se lever comme un seul homme pour mettre ses maîtres à la raison. Mais ici, on règlemente ou on ne règlemente pas, on fait payer Pierre et on épargne Jacques, on dépense notre argent sans nous consulter et sans nous en rendre un compte satisfaisant, on prend les décisions les plus graves hors notre connaissance, on nous laisse envahir par le flot toujours montant du charlatanisme, intra et extra-professionnel, on nous refuse les changements les plus utiles, les plus nécessaires, et nous endurons toujours en silence. Jamais de protestation contre le despotisme qui nous écrase, jamais une poussée vigoureuse pour la revendication de nos droits, jamais la moindre manifestation pour rappeler *aux maîtres* qu'administrés et esclaves ne sont pas plus synonimes qu'administrateurs et despotes ! Croupissant dans l'apathie, l'indifférence, nous suivons l'ornière de la routine, sans réfléchir qu'un jour il nous faudra payer les pots cassés.

—Vous êtes pessimiste, Docteur !

—Je le suis à juste titre. Le laisser aller, le laisser faire, le laisser passer, sans mot dire, voilà la plaie qui ronge la profession, tout le monde l'admet. Voyons ce projet de refonte, parlons-en donc un peu.

—Bien, si ce projet est beau, ce n'est pas parce qu'il est nouveau. Pour $400 on aurait pu faire mieux. Le chap. IX, concernant l'examen professionnel est le seul qui a été réellement refondu, et on a introduit deux clauses nouvelles :

l'une chap. III, sect. V privant du droit d'enregistrement tout médecin trouvé coupable de félonie ; l'autre chap. VIII, sect II décrétant que tout étudiant devra suivre les cours d'une Université pendant au moins quatre termes de six mois.

—C'est peu—mais ces bons amendements méritent l'approbation du corps professionnel. Ce projet doit, au moins, contenir quelque chose de nouveau au sujet du mode d'élection. On n'a pas dû faire la sourde oreille aux demandes de trois cents médecins ?

—Je regrette d'avoir à répondre non ! On tient mordicus au vieux système, le système des ficelles invisibles et magiques dénoncé naguère avec tant de vigueur par le Dr Noir dans la *Gazette Médicale.*

—Dites, maintenant, que j'ai tort d'être pessimiste. Est-il système plus absurde, plus injuste, plus arbitraire, plus opposé à toute idée démocratique, que celui du vote par procuration et pour un *ticket* préparé et imprimé d'avance par quelques meneurs intéressés ? Il n'est pas un homme qui ne reconnaisse l'absurdité de faire élire des Gouverneurs de Montréal par ceux de Québec, ceux de Trois-Rivières par ceux de St-François et *vice-versa.* Comment se fait-il que tous les médecins mêlés à la politique—précisément ceux qui ont le moins d'indépendance et de loisirs à consacrer aux intérêts professionnels—ont formé et forment partie du Bureau ? C'est bien simple à expliquer ! On veut donner un gouverneur à tel comté—mais diantre comment choisir—on ne connait aucun médecin dans ce district. Ah ! tiens le Dr A. est député, le Dr M. est Conseiller législatif, peut-être même sénateur, il ne s'occupe plus de pilules, qu'importe on le bombarde Gouverneur du C. M. & C. P. Q. Si vous ne jouez pas un rôle sur la scène publique, ou si vous n'avez pas l'oreille du *deus ex-machina,* inutile de convoiter l'honneur. Quand vous seriez le choix des médecins de votre district, si vous n'êtes pas *persona grata* auprès de certaines gens aux allures ultra-pacifiques, vous serez écrasé sous le poids des votes concentrés dans les mains d'un industrieux monopoleur, pour parler l'argot politique.

—Ne pourrait-on pas conserver le vote par procuration en permettant au signataire d'y ajouter les noms de ceux pour qui il veut voter ?

—Ce mode aurait encore l'inconvénient de faire élire par un médecin du comté d'Ottawa un Gouverneur du comté de Gaspé. En outre, M. le Dr Beausoleil disait, à la dernière réunion triennale, que c'était chose admise par les us et coutumes du Bureau. Or, quand M. le Dr Rottot a proposé au Bureau une motion reconnaissant ce procédé d'une manière formelle—*tous* y compris le Dr Beausoleil ont voté contre cette motion—excepté les Drs Rottot, Fafard et Campbell.

—Quelle serait alors votre solution du problème ?

—Le vote par district, tel que pratiqué dans Ontario par le collège des médecins, et dans Québec par le Barreau et la Chambre des Notaires, répondra seul aux aspirations légitimes de l'immense majorité de la profession. C'est l'unique système rationnel, permettant 1° aux électeurs de faire leur choix librement et en connaissance de cause ; 2° aux Gouverneurs de remplir leur mandat d'une manière éclairée et sans crainte de déplaire au grand gardien de la clef des succès électoraux. Si le Bureau ne reste pas sourd aux suppliques

de ses constituants, il améliorera la position en adoptant la motion dont le Dr Fafard a donné avis en septembre dernier, sans compter que le projet de refonte fait disparaître une grande objection à cet amendement : les frais législatifs trop considérables, disaient les gens qui veulent nous imposer une dépense d'une dizaine de mille piastres pour une bibliothèque.

—Ne serait-il pas à propos aussi d'amender les clauses V et XV du chap. II pour obliger les Secrétaires à faire imprimer et distribur à tous les membres du collège " les minutes correctes des procédés de toutes les assemblées," et le Régistraire à publier le régistre médical, disons, tous les trois ans et chaque année un supplément mentionnant tous les changements des derniers douze mois ?

—Ce serait là une excellente amélioration. D'abord le registre médical sert de preuve dans les procès en recouvrement d'honoraires etc., et le jeune médecin, comme le vieux praticien, a droit d'y voir figurer son nom. Ensuite je ne comprends guère qu'on dépense le revenu annuel prélevé sur la profession sans en rendre un compte détaillé. Je comprends encore moins un corps délibératif contractant des engagements onéreux, se lançant dans des entreprises dispendieuses, hors la connaissance des intéressés. Mais ce projet de refonte de la charte de nos libertés professionnelles, combien de médecins l'ont vu, s'ils ne sont pas abonnés à la " Clinique " ? On s'inquiète de le soumettre aux avocats, et aux médecins : personne n'y songe. La profession doit exiger un compte-rendu détaillé des faits et gestes de ses administrateurs. La publicité occupe, aujourd'hui, une place trop large dans le mouvement social, pour qu'un des grands corps de la nation subisse plus longtemps les procédés à huis-clos, les délibérations en petit comité de ses législateurs.

—Dités-moi donc, maintenant, ce que vous pensez de la clause suivante qui est la Ve du chap. XII :

—" Dans les paroisses où il y a un médecin, le Président est autorisé à faire " poursuivre toutes les sages femmes non licenciées, *ou ne possédant pas un* " *certificat d'un médecin licencié*, constatant qu'elles ont les capacités suffisantes " ?

—A la dernière réunion triennale, le Dr Brophy avait proposé et fait adopter une motion demandant l'amendement de cette clause. Vous voyez maintenant quel soin nos gouverneurs prennent de nos demandes, puisque le projet de refonte contient encore cette partie soulignée de la clause V, qui est simplement une abomination. Comment ! après quatre années d'études théoriques et pratiques, les nécessités quotidiennes de la pratique vous mettent aux prises avec des difficultés nouvelles de l'art obstétricale et vous iriez donner à une femme, dont l'ignorance n'a d'égale que le toupet, qui bien souvent ne pratique *l'asepsie* que le dimanche matin et utilise sa tabatière comme antiseptique, vous iriez lui donner, dis-je, un certificat de compétence. Allons donc ! c'est e comble de l'absurdité !

—J'admets cela, Docteur, mais est-il un médecin, assez peu soucieux de sa réputation, pour donner un tel certificat ?

—Vraiment, vous êtes naïf, mon cher confrère ! Le Bureau n'a pas le monole des ficelles invisibles et magiques. " In cauda venenum " ! Quelle mine pour les ratés dans cette queue de l'article V. Tenez, un exemple : Un médecin,

pour exercer de petites vengeances, pourra donner à quatre ou cinq femmes du canton voisin ce fameux certificat—et y aurait-il là vingt médecins, il leur faudra endurer cette concurrence, car la clause citée déclare l'inpuissance du collège à poursuivre une *femme possédant un certificat d'un médecin licencié.* Supposons deux autres éventualités : vous établissez vos pénates dans une paroisse où un vieux praticien fait la pluie et le beau temps. Les jeunes, vous le savez, ont le tort d'être encombrants. Pour vous couper l'herbe sous le pied et vous prendre par la famine, votre excellent voisin, donnera à une ou deux commères, bien disposées à son égard, le certificat antorisé par les statuts du C. M. & C P. Q., faisant savoir à tous qu'une telle est *branchée et ne charge pas cher !* Au lieu d'un seul compétiteur vous en aurez trois ou quatre, et vous verrez décroître le prix de vos services tandis que votre voisin mangera ses rentes.....! Or, au lieu de porter la guerre en Afrique, vous plantez votre tente dans un centre desservi par le médecin voisin. Vite, pour essayer de vous faire déguerpir, de par l'article du C. M. & C. P. Q., il vous donne, trois, quatre, cinq confrères en obstétrique, qui feront les accouchements *à bon marché*—ça prend toujours—tout en chantant les louanges de leur maître, vantant ses miracles, mettant en contraste votre jeunesse avec sa profonde expérience, etc.

—Somme toute, vous croyez le projet susceptible d'une seconde refonte ?

—Oui, il devrait être revu et corrigé. S'il est un ouvrage qu'il convient de mettre vingt fois sur le métier c'est bien celui-là. La profession devrait demander de plus amples renseignements sur cette mesure, sa nature, son étude et même son opportunité. Si chacun avait l'occasion d'étudier ce projet, d'y suggérer des amendements, etc., nous arriverions à un but plus pratique, à des règlements donnant satisfaction à tous et amenant des rapports plus rationnels entre les gouvernants et les gouvernés.

Dr PAUL.

Nous sommes heureux de présenter à nos lecteurs cet excellent article de notre collaborateur, le Dr Paul. C'est un sujet sur lequel nous aurons l'occasion de revenir pour notre propre compte. L'Association Médicale Britannique pour le moment, nous distraie un peu, mais ce n'est que partie remise. Nos idées sont les mêmes aujourd'hui que l'année dernière. Nous engageons fortement nos amis à discuter cette question de première importance pour eux ; nous ouvrirons nos colonnes à tout article sur le sujet, écrit pour ou contre. La discussion de ces choses là est nécessaire et utile. Quelques membres du Bureau des Gouverneurs, le Dr Beausoleil, le Dr Laurent, et d'autres, mécontents de nos articles, ont renvoyé le journal : ils auraient bien mieux fait de répondre à nos arguments.

NOTE DE LA RÉDACTION.

LES GARDE-MALADES DU JUBILÉ

A Monsieur le Rédacteur de L'UNION MÉDICALE,

MONSIEUR LE RÉDACTEUR.—Je viens vous demander l'hospitalité de vos colonnes pour dire un mot à vos lecteurs du jubilé de diamant de notre gracieuse souveraine.

Le moment approche où notre Reine va compléter la soixantième année de son règne et ses sujets, dans quelque partie du globe qu'ils se trouvent, se préparent à célébrer ce grand événement.

Quelle part le Canada va-t-il prendre dans cette célébration ?

Si nous voulons dignement témoigner notre reconnaissance pour la liberté, la paix et la prospérité dont nous jouissons sous le long règne de sa Majesté, nous ne pouvons mieux le faire qu'en lui montrant combien nous apprécions le profond intérêt qu'elle porte au bonheur de son peuple et en consacrant notre offrande à quelque noble entreprise à laquelle son nom sera pour toujours associé.

Il est proposé, en conséquence, de former un fonds destiné à établir dans les nouveaux territoires du Canada, là où les colons se trouvent complètement isolés et loin de tout secours, où, dans le cas d'accident ou de maladie, ils ne peuvent se procurer ni l'aide du médecin ni les remèdes indispensables, il est proposé d'établir de place en place des dépôts où ils trouveront les médicaments et des garde-malades capables de leur donner les soins nécessaires.

Une œuvre de cette nature, entreprise dans le but de célébrer le soixantième anniversaire de l'avènement de la Reine au trône causera plus de satisfaction à sa Majesté que les présents les plus somptueux qui aient jamais été offerts à un souverain, et en même temps elle fera honneur à notre pays qui seul devra en profiter.

Quelle est la famille qui n'a pas vu partir quelqu'un de ses membres pour ces régions lointaines, vers nos forêts interminables, ou nos immenses prairies de l'Ouest, et qui refuserait de souscrire son obole pour assurer à l'absent les secours qui lui seront toujours donnés lors même qu'il n'aurait pas les moyens de payer, car il est parfaitement convenu que ce sont seulement ceux qui pourront payer qui paieront ?

Qui sait si parmi ceux dont la santé et la vie seront ainsi préservées, il ne se trouvera pas quelqu'un de ceux qui vous sont chers et qui béniront cette œuvre, et ceux qui y auront contribué ?

Celui qui donne de bon cœur, quelque faible que soit son offrande, montre qu'il a l'intelligence pour comprendre et le cœur pour reconnaître l'avantage que nous avons de vivre sous le règne de la meilleure des souveraines, sa Majesté la Reine Victoria ?

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, avec mes remerciements, l'expression de ma considération très distinguée.

ISHBEL ABERDEEN,

Présidente.

Ottawa, 19 avril 1897.

L'ABSENCE DU MÉDECIN

L'un de nos abonnés nous adresse la question suivante : " Supposons que je sois appelé auprès d'un malade ; par absence je ne puis m'y rendre. On appelle un autre médecin, auquel on ne dit pas que l'on s'est d'abord adressé à moi. M'est-il permis, sans blesser les convenances médicales, de reprendre ce client à mon retour, attendu que ce médecin a déjà institué un traitement."

Le fait qu'un traitement a déjà été institué ne fait rien à la chose : votre client est devenu le client de l'autre médecin par le fait seul qu'on lui a demandé de prendre charge du cas *sans lui donner d'autres explications.* La famille change de médecin, tout simplement, et vous-même n'y pouvez rien, car c'est la volonté de la famille, dans ce cas, qui a force de loi. Si la famille désire vous garder comme son médecin, elle doit : ou bien, 1° prévenir le second médecin qu'il n'est appelé que pour ce cas spécial et parce que vous êtes absent, ou bien, 2° ne rien dire au second médecin sur le moment, mais, lorsqu'il a fini de donner ses soins au malade pour lequel il a été appelé, le prévenir que le médecin de la famille est revenu de son absence et (ceci est plus rare), régler son compte avec lui. Quant à vous, vous n'avez qu'à rester à votre bureau : si la famille ne vient pas vous voir, c'est que vous avez perdu leur clientèle pendant votre absence (ce qui arrive souvent, certaines gens ne voulant pas comprendre qu'un médecin est parfois obligé de s'absenter) ; si au contraire, à votre retour, la famille vous explique la situation, vous demeurez, *pour les cas suivants*, son médecin, et vous devez exiger de la famille qu'elle en prévienne votre confrère. Mais pour aucune raison vous ne pouvez lui enlever un patient, même le vôtre d'entre les mains.

CHARRIN (A.)—Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux, Directeur-adjoint du Laboratoire de Pathologie générale, Assistant au Collège de France, Vice-Président de la Société de Biologie.—**Les Poisons de l'organisme.**—*Poisons des tissus.* Petit in-8. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*).

Broché..... 2 fr. 50 | Cartonné ..... 3 fr.

Par ce volume, qui fait suite aux Traités des Poisons de l'urine et du tube digestif, M. Charrin complète son étude sur les auto-intoxications.

Les propriétés toxiques du sang, du sérum, des muscles, de la lymphe, des sérosités, du poumon, du cerveau, de la rate, du foie, des reins, etc., sont analysées avec soin. Les accidents dérivant de la suppression des capsules surrénales, du corps thyroïde, etc., sont exposés avec détails.

S. Duplay et Paul Reclus.—**Traite de Chirurgie,** Masson, éditeur, à Paris. Ont été publiés dernièrement les deux premiers volumes d'une seconde édition, entièrement refondue, du *Traité de Chirurgie* publié sous la direction de MM. S. Duplay et Paul Reclus.

Chacun sait tout le succès qu'a obtenu en 1890 cette œuvre colossale écrite et publiée en moins de deux ans par la plupart des meilleurs chirurgiens français ; il suffirait d'ailleurs pour en donner une idée de rappeler que malgré trois importants tirages une deuxième édition est devenue nécessaire.

Rappelons ici que cette deuxième édition ne doit plus être publiée en deux ans, mais en douze mois, disons aussi que plus de sept ans se sont écoulés depuis le jour où fut arrêté le programme du *Traité de Chirurgie*, et que des vingt-quatre collaborateurs du début, aucun, par un rare bonheur, ne manque encore à l'entreprise. Les portes de l'Hôpital et de l'Agrégation se sont ouvertes devant les plus jeunes, le Professorat et l'Académie de médecine en ont élu de plus âgés ; tous ont vu s'étendre leur sphère d'activité professionnelle. Aussi pouvons-nous affirmer que ce nouvel ouvrage portera la marque d'une expérience plus mûre et d'une plus grande autorité. O. F. M.

CHRONIQUE

L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Voici la liste des officiers de l'Association Médicale Britannique pour 1897, liste que nous n'avons pas publiée dans notre dernier numéro.

Président : Henry Barnes, M.D., médecin au Cumberland Infirmary, Carlisle.

Président élu : T. D. Roddick, M.D., professeur de chirurgie à l'Université McGill, Montréal.

Président du Conseil : Robert Saundby, M.D., médecin au General Hospital, Birmingham.

Trésorier : Charles Parsons, M.D., Douvres.

Comme on verra par le programme que nous publions plus loin, le Dr Biggs, chef du Bureau d'Hygiène de la ville de New-York et médecin à l'hôpital Bellevue, a été chargé de faire le discours sur l'hygiène.

Le professeur Brouardel, obligé d'assister au Congrès de Moscou, ne viendra pas au Canada ; nous le regrettons beaucoup. En revanche, nous aurons au milieu de nous M. le professeur Charles Richet, ainsi qu'on peut voir par la lettre suivante :

Faculté de Médecine.

" Monsieur et cher confrère,

" A mon grand regret je ne puis aller moi-même à Montréal, mais M. le " professeur Ch. Richet a bien voulu représenter la Faculté de Médecine aux " fêtes universitaires de Montréal.

" Agréez l'assurance de ma haute considération. "

Le Doyen,

P. Brouardel.

Le professeur Richet, professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris, est une autorité sur cette branche de la science médicale, et l'on est en ce moment à s'efforcer de modifier le programme déjà tracé pour permettre au savant physiologiste de prononcer un discours. Le professeur Richet est en outre un ami de cœur des Canadiens-français. C'est lui qui le premier s'est intéressé à nos jeunes médecins de là-bas, leur ouvrant son laboratoire et ceux de ses amis, les invitant aux séances de la ligue des étudiants et leur facilitant de toutes manières la poursuite de leurs études. L'aimable professeur peut compter sur une chaleureuse réception à Montréal. Le professeur Richet est délégué par le Ministre de l'Instruction Publique, à la suite d'une demande lressée au gouvernement français, par l'entremise du consul à Montréal.

Le programme de la 67me réunion de l'Association Médicale Britannique t maintenant établi. Nous le publions aujourd'hui, mais en prévenant nos cteurs qu'il est encore sujet à modifications. Nous les tiendrons d'ailleurs, au ›urant. Nous publions en même temps le programme de l'Association Brinnique pour l'Avancement des Sciences, qui se réunira à Toronto, le 18 août, viendra ensuite à Montréal se joindre à l'Association Médicale Britannique. Association Médicale Canadienne s'assemblera aussi à Montréal, le 30 août.

PROGRAMME PROVISOIRE

Mercredi 18 août à jeudi 26 août

Réunion de l'Association Britannique pour l'Avancement des Sciences, à Toronto.

Jeudi, 26 août à lundi 30 août

Excursion des membres et des invités de l'Association Britannique de Toronto à Niagara, Kingston, les Mille-Iles, Ottawa et Montréal.

Lundi, 30 août

Réunion de l'Association Médicale Canadienne à Montréal.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Mardi, 31 août

12.00 a. m. Service à la Cathédrale anglaise.
2.30 p. m. Windsor Hall : Séance d'ouverture et discours de bienvenue.
3.00 p. m. Discours du Président élu, T. G. Roddick, M.D.
4.00 p. m. Réceptions, Excursion à la Montagne, etc.
9.00 p. m. Soirée à l'Université Laval.

Mercredi, 1er septembre

10.00 a. m. Université McGill : Séance d'ouverture des différentes sections.
3.00 p. m. Windsor Hall : Discours sur la Médecine, par le Dr W. Osler.
4.00 p. m. Promenade en bateau sur le St-Laurent.
9.00 p. m. Réception des membres chez Sir Donald A. Smith.

Jeudi, 2 septembre

9.30 a. m. Université McGill : Séances des Sections.
1.30 p. m. Dîner sur la Montagne.
3.30 p. m. Windsor Hall : Discours sur la Chirurgie, par le Dr Mitchell Banks.
4.30 p. m. Promenade sur l'île de Montréal, etc.
7.45 p. m. Dîner annuel de l'Association au Windsor.

Vendredi 3 septembre

9.30 a. m. Université McGill : Séances des Sections.
3.00 p. m. Windsor Hall : discours sur l'hygiène publique par le Dr Herman M. Biggs, et Séance générale de clôture.
4.15 p. m. Promenade à Ste-Anne et aux Rapides de Lachine.
9.00 p. m. Soirée à l'Université McGill.

Samedi, 4 septembre

Voyages à Ottawa, à Québec, à Kingston, au lac Memphrémagog, etc.

A Bishop, on a reçu six médecins nouveaux, dont deux femmes.

BIBLIOGRAPHIE

FÉLIX ALCAN, Libraire-Éditeur, 108, Boulevard Saint-Germain, Paris.—**Collection Médicale**, élégants volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à 4 et à 3 francs.

Viennent de paraître :

FÉLIX TERRIER, GUILLEMAIN et MALHERBE.—**Chirurgie de la face**, par les Drs FÉLIX TERRIER, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, GUILLEMAIN et MALHERBE, anciens internes des hôpitaux, avec gravure ..... 4 fr.

A. POZZI.—**Manuel théorique et pratique d'accouchements**, par le Dr A. POZZI, professeur à l'école de médecine de Reims, avec 138 gravures..... .... 4 fr.

S. ICARD.—**La mort réelle et la mort apparente**, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mort apparente, par le Dr S. ICARD, avec gravures. 4 fr.

E.-P. LÉON-PETIT.—**Le Phtisique et son traitement hygiénique**, par le Dr E.-P. LÉON-PETIT, médecin de l'hôpital d'Ormesson, avec 20 gravures..... 4 fr.

J. LAUMONIER.—**Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie**, par le Dr J. LAUMONIER, avec gravures..... 4 fr.

S. ICARD.—**L'alimentation des nouveau-nés**, *Hygiène de l'allaitement artificiel*, par le Dr S. ICARD, avec 60 gravures..... 4 fr.

S. RIBBING.—**L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales**, par le Dr S. RIBBING, professeur à l'Université de Lund (Suède)..... 4 fr.

F. LAGRANGE.—**Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens**, par le Dr F. LAGRANGE, lauréat de l'Institut. 4e édition..... 4 fr.

F. LAGRANGE.—**De l'exercice chez les adultes**, par le Dr F. LAGRANGE. 2e édition..... 4 fr.

LEVILLAIN.—**Hygiène des gens nerveux**, par le Dr LEVILLAIN. 3e édition. 4 fr.

J. VOISIN.—**L'idiotie.** *Psychologie et éducation de l'idiot*, par le Dr J. VOISIN, médecin de la Salpêtrière, avec gravures..... ..... 4 fr.

CH. FÉRÉ.—**La famille névropathique.** *Hérédité. prédisposition morbide, dégénérescence*, par le Dr Ch FÉRÉ, médecin de Bicêtre, avec gravures..... 4 fr.

A. MOSSO.—**L'éducation physique de la jeunesse**, par A. MOSSO, professeur à l'Université de Turin. Préface de M. le Commandant LEGROS..... 4 fr.

P. SIMON.—**Manuel de percussion et d'auscultation**, par le Dr P. SIMON, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, avec gravures..... 4 fr.

A. POZZI.—**Eléments d'anatomie et de physiologie générale et obstétricale**, par le Dr A. POZZI, professeur à l'école de médecine de Reims, avec 219 gravures ..... 4 fr.

FÉRÉ.—**Le traitement des aliénés dans les familles**, par le Dr FÉRÉ, médecin de Bicêtre. 2e édition..... 3 fr.

FÉLIX TERRIER et M. PÉRAIRE.—**Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales**, par les Drs FÉLIX TERRIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et M. PÉRAIRE, ancien interne des hôpitaux, assistant de consultation chirurgicale à l'hôpital Bichat, avec gravures..... 3 fr.

Petit Manuel d'anesthésie chirurgicale, par les mêmes, avec 37 gravures... 3 fr.

L'opération du trépan, par les mêmes, avec 222 gravures..... 4 fr.

MACARIO.—**Manuel d'hydrothérapie**, par le Dr MACARIO..... 3 fr.

Envoi franco contre mandat ou timbres-poste.

PAUL LEFERT.—**Aide mémoire d'hygiène**, par le professeur PAUL LEFERT. *Nouvelle édition entièrement refondue* 1 vol. in-18 de 288 pages, cartonné 3 fr.

L'accueil favorable qu'a rencontré parmi les étudiants et les praticiens, la collection des *Aide-mémoire de Lefert*, imposait à l'auteur de tenir ses manuels au courant de tous les progrès de la science. Loin de se reposer sur les succès obtenus et de réimprimer sans changements ses manuels, il a tenu à les remanier chaque fois

L'*Aide-mémoire d'hygiène et de médecine légale*, qui ne formait qu'un seul volume dans les 3 premières éditions vient d'être redoublé en 2 volumes par la 4e *édition*. C'est un ouvrage entièrement neuf.

Le nouvel l'*Aide-mémoire d'hygiène* a été mis au courant des progrès les plus récents de la bactériologie, dont le rôle devient de plus en plus important en hygiène, comme aussi des lois nouvelles intervenues sur la matière, notamment celle du 2 novembre 1892, sur le travail dans les établissements industriels.

Ce *Manuel*, destiné aux étudiants, profitera également aux praticens, en leur permettant d'étudier rapidement une question quelconque.

Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

PAUL RODET.—**Morphinomanie et Morphinisme**, par le Dr PAUL RODET (*Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine, Prix Falret*). (1 vol. in-12' cart. à l'anglaise, 4 fr.—Félix Alcan éditeur.)

L'auteur présente d'abord un historique complet du morphinisme, en faisant assister le lecteur aux différentes étapes que cette affection a traversées avant d'être reconnue comme une véritable entité. Après avoir étudié les mœurs des morphinomanes, la morphinomanie à deux, sa propagation rapide, il aborde la symptomatologie et la théorie de l'abstinence qui constituent deux chapitres importants de son ouvrage. Puis il continue par l'examen des intoxications coexistant si communément avec la morphinomanie, en particulier de l'alcoolisme et de la cocaïnomanie, l'étude médico-légale du morphinisme, et donne, pour terminer, une large place au *traitement*, exposant les diverses méthodes employées et appréciant leur valeur thérapeutique.

Un index bibliographique comprenant toutes les publications françaises et étrangères qui se rapportent au sujet, termine utilement cet ouvrage d'ensemble qui manquait pour établir l'état actuel de la science en ce qui concerne l'intoxication morphinique.

H. BOCQUILLON-LIMOUSIN.—**Formulaire des médicaments nouveaux pour 1897**, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, pharmacien de 1re classe, lauréat de l'Ecole de pharmacie de Paris. Introduction par le Dr HUCHARD, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 308 pages, cartonné..... 3 fr.

Les formulaires ayant quelques années de date ne répondent plus aux besoins actuels, tant la matière médicale s'est transformée par de nombreuses acquisitions.

Le *Formulaire* de BOCQUILLON est le plus au courant, celui qui enregistr les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

L'édition de 1897 contient un grand nombre d'articles nouveaux introdui récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucu formulaire, même des plus récents.

Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, Rue Hautefeuille (près du bouleva Saint-Germain), à Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

QUELQUES SUGGESTIONS PRATIQUES AU SUJET DES TUBES DE CROOKES.

Par le Professeur FOUCHER.

Parmi les difficultés que rencontrent ceux qui se livrent à l'étude des rayons X, une des principales repose dans l'instabilité des tubes de Crookes. Au début, leur rendement est satisfaisant et répond au débit des machines destinées à les actionner, mais graduellement, la source électrique restant la même, l'intensité lumineuse s'affaiblit et les tubes finissent par ne plus s'éclairer. On a conseillé alors pour y remédier de chauffer le tube ou la chambre où se trouve l'instrument, d'établir les contacts avec la machine en sens renversé. Le courant qui passe alors dans le tube, en sens opposé à la normale, lui donne un regain de vitalité. Il en est ainsi du chauffage du tube ; mais ces deux procédés font perdre du temps et la chaleur appliquée directement sur le tube peut lui être nuisible. *Porter* a suggéré d'entourer, *sans y toucher*, l'extrémité cathodique, avec un anneau en fil de cuivre relié à la terre ou au fil de la cathode. Berliner emploie un cylindre en bois dont il humecte la partie interne avec de la glycerine et dont il recouvre l'extrémité cathodique.

Monell, dans le traité qu'il vient de publier sur les rayons X, et qui date du 7 mai courant, conseille de chauffer le tube à la lampe à alcool, et, si ce procédé ne réussit pas, de le laisser reposer pendant quelques jours. Si, après en certain temps, le tube ne redevient pas meilleur, il ne reste qu'à en acheter un autre.

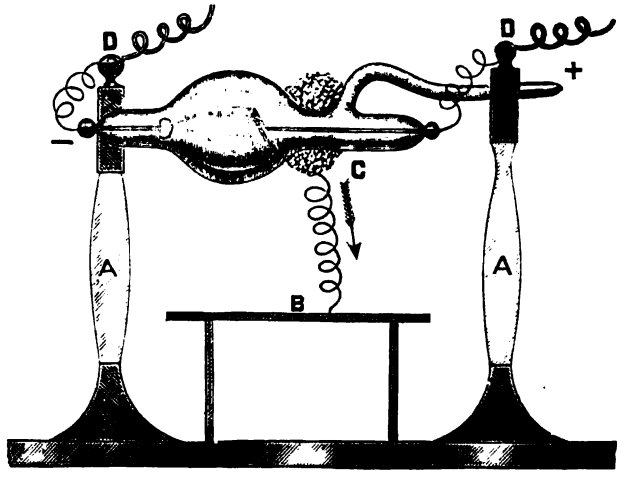
Enfin, dans une note adressée au *British Medical Journal*, en date du 8 mai, Ireland et Howlett suggèrent une méthode simple d'augmenter l'efficacité des tubes.—Le procédé consiste à *envelopper l'extrémité cathodique du bulbe avec du coton absorbant humide, de façon à établir un contact avec le fil de la cathode.*— En cherchant lequel de ces procédés est le plus effectif, je crois en avoir trouvé un autre qui rendra service à ceux qui s'occupent de radiographie.

J'ai constaté d'abord qu'un tube qui manque d'activité peut être stimulé ans son action par le simple fait de souffler dessus ou de le toucher du bout du oigt. La réaction est immédiate. Mais souffler sur le tube n'est pas un moyen ien pratique de remédier à son inaction, parce que, dès que l'on cesse de souf. ır, le tube redevient à son inertie première.

Une soufflerie, autre que celle de la bouche n'aurait pas le même effet ; une

douche d'air avec la poire Politzer, par exemple, n'a aucune action sur le tube. Par contre, une vaporisation humide est effective. J'ai cru tout d'abord qu'en soufflant sur le tube c'était l'air chaud qui agissait, à la façon de la lampe à alcool, mais l'expérience du vaporisateur m'a fait croire que c'était plutôt la chaleur humide ; si on projète sur le tube un courant d'air chaud sec, comme on peut l'obtenir en soufflant, avec une poire en caoutchouc, sur une lampe à incandescence, on n'obtient aucun résultat. Quant à l'expérience du doigt, elle est aussi très efficace et très probante, mais peu pratique avec l'impossibilité et le désagrément de tenir constamment le doigt sur le tube. Encore ici j'ai cru que la chaleur du doigt pouvait expliquer le phénomène, mais en touchant le tube avec une petite éponge humide, tenue à la main, je constatai le même résultat.

Il m'a paru évident que la résistance, en augmentant dans les tubes de Crookes, force l'électricité à se répandre sur le tube lui-même, à l'envelopper en quelque sorte. Il en résulte une véritable polarisation positive qui attire les particules négatives de l'intérieur du tube et ce dernier cesse alors de fonctionner. En vaporisant du liquide sur le tube, on facilite l'écoulement de cette électricité dans l'atmosphère, mais on obtient ce résultat d'une façon plus constante et plus satisfaisante, en mettant la moitié cathodique du tube en contact avec le sol, par l'intermédiaire d'une éponge mouillée reliée à un fil métallique. Dans mes expériences avec les rayons X, j'ai fixé, dès le début, mon tube sur deux supports en verre tel que représenté ci-dessous. (A. A.)



Le tube est donc parfaitement isolé.

Je croyais, par ce moyen, réussir à diminuer la déperdition d'électricité, et, par là même, obtenir un meilleur éclairage ; c'est probablement le contraire qui a eu lieu dès que la résistance a commencé à augmenter à l'intérieur du tube. En effet, l'électricité, ne pouvant s'échapper qu'à travers les fils conducteurs, devait se répandre plus facilement sur le tube et le polariser plus vite que s'il eut été fixé à un support en bois conducteur du courant. Mais le bois sec, conduit difficilement et d'une manière insuffisante l'électricité à faible potentiel qui

se polarise à la surface du tube Crookes, c'est pour cette raison qu'il est préférable de se servir d'une éponge humide ; on peut tailler un anneau dans une éponge, en coiffer l'extrémité cathodique, relier cette éponge à la table, d'une manière permanente, à l'aide d'un fil de cuivre (c). Si le tube cesse de fonctionner, il n'y a qu'à verser quelques gouttes d'eau sur l'éponge et le traitement est efficace Dans le cas de notre tube, il a toujours suffit de mettre un point quelconque, jusqu'au 2/3 du bulbe, du côté de la cathode, en contact avec l'éponge humide pour obtenir l'effet désiré.

Un autre point sur lequel je désire attirer l'attention, c'est sur la manière de relier les poles du tube à la machine électrique. Les fils employés varient du No 12 au No 18, et sont, par conséquent, beaucoup plus gros que les fils de platine du tube. En établissant fréquemment le contact de ces différentes parties, ou, encore, en déplaçant l'appareil, on court le risque de briser le faible fil de platine au point d'union, et de rendre impossible, par là même, le passage de l'électricité. J'ai remédié à cet inconvénient en fixant à chaque pole un fil de cuivre fin, de même diamètre que celui du tube ; ce fil recouvert de soie est roulé en spirale et s'at-

ERRATA

L'éponge a été représentée par erreur du côté de l'anode, mais, même dans cette position, la dépolarisation du tube a lieu efficacement.

peut quelquefois noter chez les typhiques des oscillations vibratoires de l'extrémité de la langue, tremblement qui se retrouve aussi dans d'autres muscles, particulièrement dans ceux des lèvres et dans tous ceux qui ne reposent pas sur un plan solide ;

2. La trémulance n'est pas un phénomène commun dans le cours des maladies aiguës, elle est l'indice d'une intoxication déterminée ; or, le typhique est intoxiqué tout comme l'alcoolique et tous deux tremblent de la langue et des lèvres ;

3. Dans la fièvre typhoïde, l'enduit de la langue manque assez souvent ;

4. Les oscillations vibratoires du muscle lingual, de l'orbiculaire des lèvres, etc., trahissent l'influence du poison sur tout le système musculaire ;

5. Dans une maladie au début, que l'on soupçonne être une fièvre typhoïde, la première chose à faire est donc de rechercher s'il existe un peu de tremblement du bout de la langue et des lèvres ;

6. Ceci constaté, on fait tenir debout le malade, on le voit qui chancelle bientôt comme un ivrogne, ce qui prouve combien est affaiblie la puissance musculaire ;

7. Enfin, faisons coucher notre malade et observons son attitude : c'est un laisser aller d'insouciance et de résignation, les membres reposent affaissés, la face n'exprime ni désir, ni souffrance, ni crainte, ni préoccupation.—LARAMÉE.

"L'ANTHROPOMÉTRIE"

Par le Dr L. J. H. ROY,

Statistcien du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

Le merveilleux talent de Monsieur le Dr A. BERTILLON ne pouvait concevoir d'idée plus heureuse, ni trouver une application plus utile de l'anthropométrie, que celle qu'il en fit, lorsque, en 1882, il songea à employer cette science si pleine de ressources, comme procédé d'identification des criminels.

Depuis longtemps, les gardiens des prisons de Paris remarquaient assez souvent, parmi les nouveaux prisonniers qu'on leur amenait, (les "*rentrants*," comme ils sont appelés là-bas), d'anciens détenus condamnés antérieurement sous d'autres noms. Ces individus, qui avaient déjà subi une ou plusieurs condamnations, lorsqu'ils étaient arrêtés de nouveau, avaient tout intérêt à cacher leurs vrais noms. Du reste, cela se passe ainsi, tous les jours, dans tous les pays. Cette dissimulation d'identité était devenue si fréquente, que, dans quelques prisons de Paris seulement, on en dénonçait une vingtaine par mois. De plus, les nouvelles lois pénales, dites de rélégation, de libération conditionnelle et de sursis de peines (lois Bérenger), mises en vigueur en France, à cette date, avaient singulièrement augmenté le nombre des dissimulations d'identité, par cela même qu'elles les rendaient plus tentantes.

Pour éluder ces fraudes, sur les nombreux inconvénients desquelles il n'est pas besoin d'insister, on avait eu recours, depuis quelques années, à la photographie. Tous les condamnés étaient photographiés dès leur arrivée au Dépôt. Mais ce moyen ne tarda pas à devenir illusoire, car, en 5 années, 50,000 cartes photographiques avaient déjà été réunies, et il était devenu presque impossible de rechercher avec succès, dans cette immense collection, le portrait d'un individu donné. C'est à ce moment, en décembre 1882, que la méthode authropométrique, inventée par Monsieur le Dr A. Bertillon, fut adoptée à la préfecture de police de Paris.

Le système Bertillon, comme on l'appelle généralement, consiste en un procédé d'identification permettant de retrouver le véritable nom d'un récidiviste au moyen de son seul signalement. Il peut aussi servir de cadre pour une classification de photographies des condamnés. Le premier but de la méthode anthropométrique, fut de permettre de reconnaître les récidivistes et de leur appliquer des lois spéciales et cela grâce au signalement qu'on avait de leurs personnes.

Le système Bertillon, servant à l'identification individuelle, se compose de trois signalements : 1° le signalement anthropométrique ; 2° le signalement descriptif ; 3° le signalement à l'aide des marques particulières, telles que cicatrices, tatouages, etc. Ces trois procédés d'identification appliqués au même individu

et employés avec la science et le jugement voulus, ont fait de ce système un moyen précieux de reconnaître l'identité ou la non-identité d'une personne, et, si l'on considère la facilité avec laquelle il permet de classifier les signalements, on conviendra, avec tous ceux qui se sont donné la peine de l'étudier sérieusement, qu'il possède un cachet de supériorité remarquable sur tous les autres procédés d'identification, préconisés, depuis ces dernières années, par quelques autres spécialistes.

1° Du signalement anthropométrique.

L'emploi de l'anthropométrie comme procédé d'identification, repose sur les trois données suivantes, que l'expérience de ces quinze dernières années a rendues indiscutables, savoir :

1° "La fixité à peu près absolue de l'ossature humaine à partir de la vingtième année d'âge." En effet, la taille seule, ou plus exactement les fémurs continuent souvent à croître pendant deux ou trois ans encore, mais si peu, qu'il est facile d'en tenir compte. La pratique montre que cette faible augmentation est compensée et au-delà, par l incurvation de la colonne vertébrale, désignée sous le nom de *voûte* sur la fiche anthropométrique, et qui, commençant vers la vingtième année, va, peu à peu, en s'accentuant jusqu'à la vieillesse;

2° "La diversité extrême de dimensions que présente le squelette humain comparé d'un sujet à un autre," à tel point qu'il serait fort difficile de rencontrer deux individus pourvus d'une ossature, je ne dirai pas rigoureusement identique, mais seulement assez voisine pour être confondue ;

3° La facilité et la précision relative avec laquelle certaines dimensions du squelette sont susceptibles d'être mesurées sur le vivant au moyen de compas d'une construction simple.

Voici parmi les innombrables mesures qu'il est possible de relever sur le corps humain, celles, qu'après une minutieuse critique, le Dr Bertillon a définitivement admises à figurer sur le formulaire du signalement anthropométrique :

Mesures relevées sur l'ensemble du corps :	Taille, (hauteur de l'homme debout). Envergure des bras. Buste, (hauteur de l'homme assis).
Mesures relevées sur la tête :	Longueur de la tête. Largeur de la tête. Longueur de l'oreille droite. Largeur de l'oreille droite.
Mesures relevées sur les membres :	Longueur du pied gauche. Longueur du doigt médius gauche. Longueur de l'auriculaire gauche. Longueur de la coudée gauche.

Ces constatations n'ont de valeur qu'à la condition, *sine qua non*, qu'elles soient relevées d'une façon rigoureusement uniforme et précise.

La valeur signalétique d'une longueur osseuse est en effet, toutes choses égales d'ailleurs, directement proportionnelle à la précision de sa mensuration. La moindre négligence, ou seulement la moindre différence dans la façon l'opérer, qui diminuerait la précision de l'observation, pourrait, en se réper-

cutant par la succession des mesures, arriver à réduire presqu'à néant la valeur signalétique d'une description anthropométrique.

Ces considérations démontrent, jusqu'à l'évidence, l'obligation inéluctable de relever les mesures avec toute la rigueur possible, et toujours en se conformant exactement aux prescriptions minutieuses qui font l'objet de la partie technique du travail du Dr Bertillon. Le court résumé que je vais essayer de donner ici, tout en étant manifestement insuffisant pour guider une mise en pratique, servira, à tout le moins, à fixer les idées des lecteurs de l'*Union Médicale*, sur la signification de chacune de ces constatations.

"La hauteur de la taille" est projetée au moyen d'une équerre en bois de forme spéciale, sur un mètre gradué fixé verticalement au mur. Le sujet, pieds nus, est adossé au mur, la colonne vertébrale à environ 15 centimètres à gauche de la graduation. L'opération est d'autant plus juste qu'elle est exécutée plus rapidement.

L'envergure ou longueur des bras étendus en croix est prise immédiatement après, sans presque avoir à déranger le sujet, au moyen d'une graduation murale, dont les verticales centimètriques peuvent s'adapter à toutes les tailles.

La mensuration de la hauteur du buste, (hauteur de l'homme assis), est effectuée ensuite à l'aide d'instruments analogues à ceux employés pour la taille.

Les deux diamètres céphaliques (longueur et largeur du crâne) doivent être relevés au moyen d'un compas spécial, muni d'un arc de cercle gradué, du type appelé communément "compas d'épaisseur." La longueur de la tête est mesurée de la concavité de la racine du nez, prise comme point fixe à la partie la plus saillante du derrière de la tête.

La mensuration de la largeur de la tête (diamètre transverse maximum) est une opération un peu plus délicate ; ici, il n'y a pas de point fixe, et les extrémités des deux branches de l'instrument doivent être déplacées à la fois horizontalement et symétriquement de chaque côté de la tête. De plus, ces deux observations doivent toujours être contrôlées avec soin en fixant les branches du compas, au moyen de la vis d'arrêt, à l'écartement trouvé par une première investigation, et en les essayant de nouveau sur la tête du sujet afin de modifier la *pointure* jusqu'à ce que le double contact désirable soit atteint.

Les deux diamètres de l'oreille droite sont mesurés sur leur axe maximum, au moyen d'un petit compas à coulisse spécial, en ayant soin de ne pas déprimer, en quoi que ce soit, les parties molles.

Je ferai, en passant, la remarque qu'à Chicago, la mesure dite de "la largeur de l'oreille" a été abandonnée à cause des difficultés de mensuration qu'elle offre. On l'a remplacée par la mesure de la largeur de la face à la hauteur des deux arcades zigomatiques, (Cheek width). La mensuration de l'oreille est la seule opération qui s'effectue sur le côté droit du sujet, toutes les observations unilatérales qui vont suivre devant porter exclusivement sur le côté gauche. Le pied gauche nu doit être mesuré en ayant soin de faire reposer tout le poids du corps sur ce pied étendu à plat à terre, ou de préférence sur un tabouret. L'on mesure le long du pied, du côté du gros orteil, avec un grand compas à

coulisse dont la branche fixe est placée au talon, la branche mobile doit toucher le gros orteil sans déprimer.

Inutile de dire que la longueur anthropométrique du pied diffère de la " mesure " relevée par le cordonnier, et qu'un soulier dont on aurait pris la mesure d'une façon aussi juste, ne pourrait être chaussé. Le but poursuivi ici n'est pas de faire une paire de souliers, mais de chercher à obtenir une longueur constante que l'on ne puisse altérer, et que l'on soit toujours à même de reprendre aussi exactement quels que soient le moment et le lieu où l'on opère.

"Les doigts médius et auriculaire" de la main gauche sont mesurés d'équerre à partir du dos de la main au moyen des petites branches du grand compas à coulisse. Ces deux observations ont une valeur signalétique considérable à condition qu'elles soient relevées en se conformant exactement aux prescriptions.

La coudée gauche est mesurée de la pointe du coude à l'extrémité du médius, l'avant-bras étant plié à angle aigü par rapport au bras, et la main étendue à plat sur une table, les ongles en dessus. La table dont on se sert a la forme d'un tréteau dont le plan et les dimensions n'offrent aucune complication. Voilà pour les mensurations.

Avant d'atteindre leur état de perfectionnement actuel, que M. le Dr Bertillon regarde comme définitif, les instruments employés pour relever ces mesures, ont reçu de leur inventeur tous les perfectionnements possibles. Aussi, il serait bien imprudent de la part de qui que ce soit de vouloir leur apporter quelque modification, ou un changement quelconque, même minime, dans leurs formes comme dans la manière de s'en servir.

Voici maintenant les lignes principales de la méthode qui a présidé à la classification des signalements. Etant donné qu'on a, par exemple, 100,000 fiches à classer, on note d'abord la longueur du crâne ; cette mesure est tantôt longue, tantôt moyenne, tantôt courte. On fixe par des chiffres la valeur de ces trois termes et l'on partage la collection des 100.000 fiches en trois tas de grosseur à peu près égale d'environ 30,000 fiches chacun. On prend ensuite une mesure variant indépendamment de la précédente, soit la largeur de la tête ; elle peut être large, moyenne ou étroite ; cela permet de diviser chacun des tas de 30,000 fiches en trois sous-tas ayant environ chacun 10,000 fiches. On prend ensuite la longueur du doigt médius, (mesuré dans une position déterminée par des instructions très précises.) Ce doigt peut être long, moyen, court ; cela permet de diviser chacun des paquets de 10,000 en sous-paquets d'en viron 3,000. Et ainsi de suite, chaque nouvelle mesure permettant de diviser par trois les paquets résultants de la mesure précédente.

Supposons maintenant qu'on ait à vérifier, dans la collection, si un individu qui vient d'être arrêté, et qui se dit sans antécédents judiciaires, n'y a pas précédemment été classé sous un autre nom. Il va de soi qu'il faudra, après avoir pris son signalement anthropométrique, se diriger vers la division de la longueur de tête correspondante à celle de l'individu examiné, s'arrêter à la subdivision de sa largeur de tête, pour chercher ensuite la sous-division de son médius, puis celle de son pied et celle de sa coudée. On arrive ainsi, d'élimination en élimination,

au paquet final qui devra contenir le signalement recherché, si, bien entendu, la personne arrêtée a déjà été condamnée antérieurement.

Quand une ou plusieurs des mesures, relevées à nouveau sur l'individu, tombent sur les *limites* des divisions de la classification, l'enquête doit être poursuivie dans les divers embranchements, absolument comme dans un dictionnaire, on recherche, à différents endroits, les mots dont on ignore l'orthographe exacte.

C'est l'impossibilité de trouver un moyen aussi simple de classification, que celui que je viens de décrire, qui fait que tous les autres procédés d'identification dont on a parlé, pendant ces dernières années, tels que empreintes de la denture, empreintes digitales, dessins des pourtours du crâne, de l'oreille, photographies, etc., etc., etc., ont échoué.

Il y aurait encore bien des choses intéressantes à écrire sur cette première partie du système Bertillon, comme, par exemple, de décrire ce qu'il appelle "le maximum d'écart tolérable" dans chaque mensuration ou encore: "le degré d'approximation exigible en plus ou en moins" et "des divergences au-delà desquelles commence la faute lourde," tout cela en millimètres et fractions de millimètres, en un mot de la longueur maximum dont un observateur scrupuleux peut se tromper en plus ou en moins (+ ou —) autour du chiffre vrai idéal ; mais le temps et l'espace me font défaut.

2° Du signalement descriptif.

Le signalement descriptif, opposé à l'anthropométrique, est celui qui décrit avec des mots, à l'aide de la seule observation, sans le secours d'instruments. Tel est le type bien connu des signalements encore en usage en France et un peu partout, pour les passe-ports, permis de chasse, etc. Mais combien le signalement descriptif du Dr Bertillon diffère des documents délivrés par l'Etat ; combien aussi il est facile de constater jusqu'à quel point l'esprit observateur, et les procédés scientifiques du Dr Bertillon ont donné de valeur à ce signalement.

En effet, on y trouve un peu de la rigueur du signalement anthropométrique. Rien n'est laissé au hasard ; et, quel que soit le caprice que la nature ait mis dans la formation des traits qui composent la physionomie humaine, grâce à la méthode des lignes d'approximation, on arrive par ce moyen à les décrire. Mais, ainsi qu'il le fait remarquer, la première des conditions qu'une notion méthodique doive remplir, est d'observer et de traduire, par des mots appropriés, l'ordre et la gradation que l'on observe dans la nature. Sous ce rapport, aucun terme de la langue usuelle ne saurait dépasser l'*expression numérique*, pour la finesse et la sériation des degrés ; c'est là, conclut le Dr Bertillon, l'idéal dont il faut chercher à approcher.

Voici l'ordre dans lequel les différentes parties du visage sont décrites dans le signalement descriptif :

1° *L'œil :* Les couleurs de l'iris sont divisées en sept classes : 1° Iris impigmenté ; 2° pigmentation jaune ; 3° pigmentation orangée ; 4° pigmentation châtain ; 5° pigmentation marron en cercle ; 6° pigmentation marron verdâtre ; 7° marron pur. Inutile d'ajouter qu'on n'y mentionne pas les yeux gris ou noirs puisqu'ils n'existent pas.

Les formules descriptives des couleurs de l'iris se composent de quatre lignes : 1° numéro de classe ; 2° auréole, dont il donne la forme ; 3° périphérie : proportionnalité de la surface couverte, nuance et ton ; 4° particularités et anomalies de l'œil.

Le tableau chromatique des nuances de l'iris humain, attaché à l'ouvrage du Dr Bertillon, est tout ce qu'il y a de plus ingénieux pour bien nous renseigner.

Puis vient la notation de la couleur de la barbe et des cheveux dont toutes les nuances sont soigneusement nommées.

Quant au front, il est examiné au point de vue 1° du degré de saillie des arcades sourcillières ; 2° du degré d'inclinaison de sa ligne de profil par rapport à un plan horizontal que l'on supposerait passer par la racine du nez; 3° de la hauteur de l'extrémité supérieure de cette même ligne au-dessus du même plan; et 4° de sa largeur appréciée transversalement d'une tempe à l'autre.

Le nez est l'organe qui, chez l'homme, concourt le plus à donner au visage d'un chacun son caractère particulier. Les variétés 1° de forme ; 2° de dimensions présentent de très nombreuses combinaisons que la langue courante a ramené à trois ou quatre types faciles à reconnaître quand les caractères en sont bien tranchés. Malheureusement les formes intermédiaires sont beaucoup plus fréquentes que les formes types, et rentrent difficilement dans ces divisions ; toutefois, la méthode qu'il prescrit permet une définition rigoureuse de tous les cas imaginables.

L'oreille, grâce aux multiples vallons et collines qui la sillonnent, est le facteur d'identification le plus important du visage humain.

Il est en effet presqu'impossible de rencontrer deux oreilles qui soient identiques dans toutes leurs parties, et quelques-unes des variations de forme, que présente cet organe, paraissent subsister sans modification depuis la naissance jusqu'à la mort.

La description de l'oreille, tout en étant très habilement détaillée, est assez compliquée, et, suivant mon humble opinion, c'est l'organe dont l'étude, au point de vue du signalement, est la plus difficile. Heureusement qu'il nous reste toujours pour nous guider dans la description de l'oreille les deux photographies de face et de profil.

Au bureau d'identification de Chicago, on ne décrit pas l'oreille ; la photographie que l'on en possède est si parfaite, que ce serait une précaution inutile d'en renouveler la description à l'aide des mots : Voilà pour la face.

Vient ensuite la corpulence, qui vise le volume général du corps proportionnellement à la taille. Elle doit être appréciée sous le rapport de la largeur des épaules et de la ceinture.

Enfin, le paragraphe des traits caractéristiques est destiné à compléter la partie descriptive du signalement. Ce chapitre comprend : la description des lèvres et du menton, le contour général de la tête (profil et face), les variétés d'implantation des cheveux, de la barbe et des sourcils, le modelé des paupières, la forme et le volume du globe oculaire et de l'orbite, la bouche, les rides, sillons et rictus de la face, l'expression de la physionomie, et, accessoirement, divers ren-

seignements relatifs à l'aspect général du sujet : dimension du cou, chute des épaules, attitude et allures générales, timbre de la voix, etc., etc.

3° Du signalement à l'aide des marques particulières.

Sur les anciens signalements, on ne consacrait qu'une ligne au relevé des marques particulières et cette ligne était presque toujours occupée par le mot "néant." Aujourd'hui, on y attache plus d'importance ; en effet, tout le monde a des marques particulières et souvent à son insu ; par exemple des grains de beauté, des cicatrices de coupures aux doigts, des points cicatriciels de furoncles, tatouages, etc. Mais le relevé de ces marques, auxquelles on attachait peu de valeur précédemment, ne devient réellement utile que lorsque la précision la plus rigoureuse a présidé à leur description et à la notation de leur emplacement.

Aussi, c'est moins l'existence, la présence réelle, constatée, de telle ou telle particularité qui caractérise l'individu, puisqu'on en peut retrouver autant sur chacun de nous, que sa localisation rigoureuse. Il est donc facile de démontrer que la puissance signalétique d'une marque particulière croît avec la précision de sa description suivant une progression géomètrique.

Il y a naturellement un ordre à suivre pour la description des marques particulières. Cette description doit progresser du particulier au général. Ainsi, elle commence par énoncer le *genre* de la marque, avant d'en définir l'aspect et les dimensions ; puis s'élevant à une vue plus étendue, elle embrasse la direction de sa forme par rapport à l'ensemble du corps pour finir par l'indication de son emplacement.

Voici un exemple de la manière dont on relève une marque particulière : "Cicatrice rectiligne d'une dimension de 1 centimètre, oblique externe, sur le milieu de la 2e phalange du médius gauche, face postérieure." Et voici comment elle sera écrite sur la fiche signalétique : "cic. r. de 1 b.e, ml 2e f. M. g. *p.*,– (le rho grec se lit postérieur)." Sans ces abréviations, il serait impossible de placer le quart des renseignements voulus sur la fiche signalétique. On comprendra, en outre, que l'usage journalier de ces signes sténographiques donne à l'écriture une rapidité égale et même supérieure à la parole. Un apprentissage de quelques jours suffit pour arriver au maximum de vitesse, ce qui s'explique aisément par ce fait que les mouvements réflexes, entre la parole et l'écriture sont conservés ici grâce aux lettres initiales. Il est hors de doute qu'un signalement par le moyen des marques particulières viendra très utilement en aide à un signalement anthropométrique, mais sans jamais pouvoir le remplacer. L'anthropométrie, qui est avant tout un mécanisme d'élimination, démontre surtout la *non-identité*, tandis que l'identité directe est affirmée par les marques particulières, qui, seules, peuvent donner la certitude judiciaire.

Un malfaiteur, en état de liberté, se rend coupable d'un crime. C'est à la police à reconstituer son *signalement descriptif* au moyen de toutes les observations qu'elle pourra se procurer pour arriver à le reconnaître dans la foule des humains, et à l'arrêter.

Aussitôt le sujet soupçonné arrêté, le signalement authropométrique intervient pour fixer son individualité, reconstituer la série de ses anciens écrous, s'il est récidiviste; lui assurer au contraire, en toute connaissance de cause, les atténuations de la loi, s'il est "*nouveau.*" Le signalement anthropométrique permet, et il est le seul jusqu'ici à permettre, *étant donné un sujet, de retrouver son nom.* Il remonte dans le passé et assure l'avenir.

On peut dire, en empruntant le langage des mathématiciens, que le rôle de l'anthropométrie est le réciproque de celui de la description; la description désigne l'individu, étant donné le nom, (et le signalement correspondant); l'anthropométrie procure le nom étant donné l'individu.

Ces résultats sont confirmés par le signalement au moyen des particularités qui est le signalement judiciaire proprement dit. C'est ainsi qu'on retrouve, dans les trois parties du signalement, les trois grandes divisions de l'autorité supérieure : Sûreté publique, administration pénitentiaire et justice.

Statistique des résultats obtenus et conclusions :

M. Henri Boucher, député des Vosges, disait en 1893 : " Les services rendus par l'identification scientifique et l'anthropométrie qui en est la base, ceux qu'elle est appelée à rendre (lorsque son organisation sera complète) non seulement à la police, à la justice, à la science pénitentiaire, mais à la science elle-même (à cause du nombre gigantesque de documents et mesures que les travailleurs auront à leur disposition), exigent sa reconnaissance officielle comme service d'Etat." Voici, en ce qui regarde Paris, le nombre annuel des récidivistes arrêtés en cette ville sous de faux noms et officiellement reconnus par le service spécial, depuis 1883 à 1893 : 1883, 49; 1884, 241; 1885, 425; 1886, 356; 1887, 487; 1888, 550; 1889, 562; 1890, 614; 1891, 600; 1892, 680; total : 4564.

En publiant ces résultats, n'oublions pas le bénéfice considérable qui s'attache à une "reconnaissance," qu'on l'envisage au point de vue social, ou, plus particulièrement, judiciaire ou pénitentiaire.

Lorsqu'un malfaiteur se décide à donner un faux nom, c'est qu'il y trouve un intérêt majeur, et qu'il se sait sous le coup d'autres poursuites, ou a lieu de le supposer. De sorte que sous ce rapport, la reconnaissance d'un malfaiteur, qui se cache sous un faux nom, équivaut, au point de vue de l'intérêt général, à son arrestation directe sur la voie publique.

Maintenant, au point de vue pénitentiaire, les dissimulations d'identité entraînent nécessairement un allongement considérable de détention préventive. En admettant un allongement moyen de 100 jours par individu sous faux nom, cela fait, au taux de 500 reconnaissances annuelles, 50,000 journées de présence d'économisées ou à peu près 50,000 francs. (Je parle ici, bien entendu, des résultats obtenus ou réalisables à Paris.) Cette appréciation, exprimée par M. le Dr Bertillon au congrès pénitentiaire de Rome en 1885, devant la réunion de toutes les compétences pénitentiaires de l'Europe, a été unanimement acceptée.

Autre conséquence plus remarquable encore : le nombre des arrestations

de voleurs internationaux, du genre pick-pockets, a toujours été en diminuant depuis la création du service d'identification jusqu'aujourd'hui. Il était de règle, en effet, parmi les individus de cette espèce, de changer d'état civil à chaque arrestation successive, et ils réussissaient généralement ainsi à échapper aux majorations de peine qui frappent la récidive. S'étant assurés par eux-mêmes qu'il leur était devenu impossible de dissimuler leurs antécédents en cas d'arrestation, craignant, d'autre part, la loi de la rélégation, ils préfèrent maintenant de leur propre aveu, le séjour des capitales étrangères. De 65 en 1885, leur nombre est tombé à 52 en 1886, puis à 34, à 19 et finalement à 14 en 1890.

Si l'on réfléchit à ce que coûte, aux habitants d'une ville, l'entretien d'une pareille population qui ne vit absolument que de larcins, on arrive à cette conclusion que l'épargne procurée de ce chef dépasse à elle seule la totalité des frais du service anthropométrique.

"On a remarqué aussi que les mensurations anthropométriques forment un puissant élément de la prévention générale du crime, en fournissant au juge le moyen de faire identifier, comme récidiviste, tout individu une fois mesuré. Cette idée préventive, voire même intimidante, est le mieux démontrée par le fait que les délinquants qui ont été mesurés craignent le danger d'être reconnus en tout temps et qu'ils évitent le pays où l'on procède à des mensurations." (Stross, professeur de droit pénal à l'Université, in procès-verbal de la séance tenue à Berne, le 14 décembre 1890, sur le système Bertillon.)

La même idée avait été exprimée par le Dr Manouvrier, dans la séance de la société d'Anthropologie du 11 décembre 1890 : " Et, s'il est vrai, comme il est légitime de le croire, que la crainte des châtiments soit un motif capable de faire souvent équilibre aux désirs criminels, la morale publique aura tiré, du système des signalements anthropométriques, un plus grand bénéfice que les livres de maints moralistes de profession : *Initium sapientiæ, timor anthropometri*, pourrait-on dire, en modifiant un peu le texte du psalmiste."

Le système Bertillon peut en outre rendre des services importants dans une foule de circonstances, à la seule condition qu'il continue à se généraliser dans les villes qui ne l'ont pas encore adopté.

Dans les cas d'extradition, quand le prisonnier dissimule son identité, il faut de toute nécessité se déplacer pour aller reconnaître le coupable. Lorsque ce déplacement n'est que de quelques milles, passe encore, mais quand il faut traverser l'Océan, c'est une question plus sérieuse et qui grève assez lourdement le budget de la justice on de la police. Appliquer l'argent dépensé dans quelques voyages semblables aux frais d'installation du système Bertillon serait une opération habile.

Dans toutes les villes où l'anthropométrie fonctionne bien, la police retire un grand bénéfice des renseignements fournis par cette méthode et j'ai eu l'occasion de m'en persuader pendant mon séjour au bureau d'identification de Chicago.

Il ne faut pas oublier, de plus, que l'anthropométrie a un objet plus vaste que la simple reconnaissance de l'industrie des malfaiteurs. La constatation de la personnalité physique et de l'indéniable identité des individus répond, dans la

société moderne, aux besoins les plus réels, aux services les plus variés. Qu'il s'agisse, par exemple, de donner aux soldats, aux voyageurs, des cartes individuelles, des moyens récognitifs, permettant de prouver toujours quel est leur nom, leur état civil ; qu'il s'agisse d'empêcher toute erreur, toute substitution de personnes, qu'il s'agisse de consigner ces marques distinctives de l'individu dans les documents, titres, contrats, où sa personnalité doit être établie pour son intérêt, pour l'intérêt d'un tiers, ou pour l'intérêt de l'Etat, le mode de signalement anthropométrique y trouvera son emploi.

Qu'il y ait certificat de vie, contrat d'assurance sur la vie, ou parfois acte de décès à dresser, que ce soit pour dresser l'identité d'un aliéné, d'un blessé ou défiguré, de personnes mortes dans un incendie, comme cela s'est passé dernièrement, à Paris, pour l'identification des cadavres, après la triste catastrophe du bazar de la charité, ou bien encore qu'il y ait mort subite ; que ce soit à la suite d'un crime, d'un accident, d'un naufrage, quelle ne sera pas ici l'utilité de l'anthropométrie.

La portée du problème, comme l'importance de la solution, dépasse de beaucoup les limites de l'œuvre pénitentiaire et l'intérêt pourtant considérable de l'action pénale à exercer dans les diverses nations.

Un mot de ce qui se fait au Bureau d'identification de Chicago, et je termine.

La ville de Chicago a été la première des cités américaines à adopter le système Bertillon et le comité de police s'en trouve très bien. Dix autres villes américaines ont suivi depuis l'exemple de Chicago. M. McClaughry, chef du Bureau d'identification de Chicago, travaille à faire passer une loi au congrès, dans le but de créer un service central à Washington ; s'il réussit dans ce projet, les capitales et les principales villes de chaque Etat de l'Union américaine seront dotées d'un Bureau d'identification semblable à celui qui existe à Chicago. M. McClaughry espère obtenir le succès désiré, car il a l'appui de personnages influents.

Quand le système Bertillon fut mis en opération en France, paraît-il, la Suisse fut envahie par une nuée de malandrins. Rien n'empêche que la même chose arrive entre le Canada et les Etats-Unis, si ce dernier pays adopte la mesure qui est actuellement soumise au congrès

Il est à espérer que l'on n'attendra pas cette époque-là, pour commencer les opérations à Montréal, et, qu'à l'instar de la Suisse, nous nous protégerons en adoptant promptement le système.

A Chicago, le département de la police accorde de $ 8,000 à $10,000 par année pour les dépenses du Bureau d'identification.

Le personnel se compose de six employés, tous bien compétents, mais hélas ! trop exposés aux caprices de la politique municipale !

Depuis déjà neuf années que le système Bertillon est en vigueur à Chicago, le nombre des signalements relevés dépasse 30,000 ; la moyenne des prisonniers de cour de police et de cour d'assises, qui traversent la salle d'opération chaque jour, oscille entre 8 et 25. Les mensurations y sont exécutées avec soin, mais c'est surtout la photographie (face et profil) qui est parfaite, même supérieure

à celle de Paris, m'a-t-on dit. Cela permet aux antropomètres de Chicago de pouvoir abréger le signalement descriptif.

Les employés traitent leurs sujets sans brusquerie, de sorte que les criminels se soumettent sans récriminations ; pendant mon séjour je n'ai remarqué qu'un seul refus provenant d'une fille accusée de vol. Comme la loi n'autorise aucune contrainte, on se contente de mettre les récalcitrants au cachot après les avoir photographiés sans qu'ils s'en aperçoivent.

Voilà, Monsieur le Rédacteur, un article déjà long, mais qui est loin de contenir tout ce qu'il y aurait d'important à dire sur le système Bertillon.

Lorsque Messieurs les Echevins du comité de la Police de Montréal, qui m'ont nommé au poste de Chef du Bureau d'identification, m'auront fourni les moyens de commencer mon travail, si vous le désirez, M. le Rédacteur, je me ferai un devoir de vous communiquer tout ce qui sera de nature à intéresser les lecteurs de l'*Union Médicale.*

Les Sanitaria.—Le Dr Trudeau, de *Saranac Lake*, consacre un long article, dans un des derniers numéros du *New-York Medical Journal*, à démontrer la nécessité d'établir des sanitaria où pourront être traités les malades pauvres atteints de tuberculose. Ce serait là un excellent moyen d'empêcher la propagation de la maladie dans les quartiers populeux des villes, moyen qui devrait occuper une place importante dans les mesures sanitaires. En outre, un bon nombre de cas diagnostiqués au début pourraient être guéris. Le Dr Trudeau est très en faveur des sanitaria construits par pavillons.

Traitement des Maladies du Cœur.—A la réunion annuelle de la Société de Médecine de l'Etat de New-York, le Dr Salterthwaite a d'abord insisté sur l'hygiène alimentaire : augmenter les aliments azotés et diminuer les féculents. On prévient ainsi les fermentations de l'estomac, qui distendent l'organe et gênent considérablement le fonctionnement du cœur. Les boissons doivent être prises de préférence entre les repas.

Le repos absolu n'est pas favorable ; il faut, par certains exercices musculaires, favoriser la circulation veineuse et diminuer ainsi la résistance que le réseau circulatoire périphérique oppose au cœur. L'auteur recommande de suivre à ce sujet la méthode de Schott : 1°. Mouvements passifs auxquels le patient oppose une résistance (cas sévères) ; 2°. Mouvements volontaires lents, auxquels le médecin oppose une résistance : 3°. Exercices de marche, suivant la méthode de Stokes et d'Œrtel. En même temps que ces exercices, on fait prendre au malade des bains alcalins chauds (95°) : 1 à 3 % de sel et 1 % de chlorure de chaux, ainsi qu'une quantité variable d'acide carbonique libre. On peut préparer ces bains en ajoutant à l'eau une quantité suffisante d'acide hydrochlorique et de bi-carbonate de soude. Parmi les médicaments, l'auteur place la digitale au premier rang.

Si l'on en croit le rapport du Bureau Impérial Allemand de Santé, l'aluminium est un métal excellent pour la confection des ustensiles de cuisine ; il s'oxyde très lentement, ne dégage aucun sel toxique, comme le cuivre, le plomb ou le zinc, et conduit très bien la chaleur.

Le professeur Koch, sur la demande du gouvernement de la colonie du Cap, s'est rendu dans ce pays éloigné et a étudié sur place la peste bovine qui sévit en ce moment sur les animaux. Il croit pouvoir trouver un remède à la maladie.

CANCER PRIMITIF DE L'ŒSOPHAGE.[1]

PAR

M. T. BRENNAN, M. D.,
Chirurgien à l'hôpital Notre-Dame.

A. ETHIER, M. D.,
Ancien interne.

L'observation de ce cas de cancer primitif offre certaines particularités qui méritent d'être mises en relief. Le siège plus rare de la tumeur à la partie moyenne de l'œsophage. Les symptômes cliniques, d'autre part, indiquent une marche tout à fait spéciale. L'unique signe précurseur, pendant plusieurs mois, a été la paralysie de la corde vocale droite avec légère aphonie, et il était bien difficile, à cette époque, vu l'absence de tout autre indice, de rapporter à cette compression du nerf récurrent une idée de carcinome ; aussi aucun diagnostic précis n'a pu alors être fait. Enfin, il n'y a eu ni dysphagie ni douleur jusqu'au moment de la perforation trachéale, laquelle, par contre, s'est faite très vite. Il est donc à noter que, en l'absence de tout passé syphilitique ou autre, la paralysie d'une corde vocale peut avoir une origine cancéreuse et pendant longtemps en être le seul signe.

OBSERVATION.

Histoire de famille.—M. D..... est aujourd'hui âgé de 58 ans et 8 mois. Son père est mort à 72 ans, mais le malade ne peut dire de quelle cause. La mère est morte à 70 ans, étant paralysée—8 frères et sœurs, dont 4 morts. Aucune histoire de cancer, ni du côté paternel, ni du côté maternel.

Histoire antérieure.–Notre patient nous déclare avoir toujours joui d'une excellente santé jusque vers l'âge de 57 ans, et cela malgré la vie aventureuse qu'il a vécue, durant quelques années, à travers les forêts et les plaines des Territoires du Nord-Ouest, et à la recherche de l'or en Australie. Aucune histoire de syphilis, nous déclare-t-il, et nous le croyons de bonne foi. Il y a près de 2 ans maintenant, sans cause connue, apparition de furoncles sur le membre inférieur droit qui en devient bientôt tout couvert, et cela dure près de 2 mois. Quelle est la nature de ces furoncles ? Le patient ne peut nous renseigner, son médecin n'ayant pas fait d'examen bactériologique. Il ne peut même dire s'il y a eu examen chimique des urines. Dans tous les cas, ces furoncles ont disparu sous l'influence d'un traitement interne ; on voit aujourd'hui d'assez larges cicatrices blanches, surtout sur la cuisse.

De cette époque à septembre 1896, rien d'étrange. Alors M. D..., dont les occupations étaient de surveiller les arrivées et départs de bateaux, la nuit comme le jour, et en tout temps, éprouve un jour des symptômes du côté des bronches : il tousse, il expectore ; il se traite lui-même au moyen de drogues, et, encore, très irrégulièrement, avoue-t-il d'ailleurs. Cependant, malgré un peu de soulagement, il est continuellement incommodé par une irritation qui le fait tousser. Sa voix même s'altère.

(1) Communication à la Société des Internes, séance du 13 mai 1897.

En janvier 1897, il se rend à l'hôpital Notre-Dame, pour se mettre sous les soins du Dr Brennan, qui le traite alors pour une bronchite infectieuse. A eu de la température variant entre 99° et 101° F. Un examen bactériologique des crachats fait reconnaître la présence de streptocoques et diplocoques. Pas de cellules cancéreuses, ni pneumocoques, ni bacilles de Koch. L'examen des urines est aussi fait au point de vue microscopique et chimique,—rien d'anormal.

Sur demande du Dr Brennan, le Dr H. M. Duhamel, spécialiste pour la gorge, fait un examen laryngoscopique, et constate une paralysie de la corde vocale droite. Rien autre chose ; rien du côté du pharynx. N'a manifesté alors aucun symptôme pouvant attirer l'attention du côté de l'œsophage ou de la trachée. Après un traitement de quelques semaines pour sa bronchite, il retourne chez lui amélioré. En même temps, il a été mis sous l'influence de l'iodure de potassium et du mercure, pour cette paralysie de la corde vocale droite, mais sans aucun résultat appréciable.

Quinze jours après son départ, il dit avoir eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu et subi un traitement *ad hoc* durant 4 semaines, après quoi il vient se remettre sous les soins du Dr Brennan, qui trouve le cas tout à fait singulier. Les membres inférieurs seuls sont atteints,—peu de gonflement aux articulations,—légères douleurs au genou et au cou-de-pied. Mais, un fait à noter, c'est un œdème des 2 jambes, face antérieure des tibias. Deux nouveaux examens chimiques et microscopiques des urines ne font rien remarquer d'anormal. Rien du côté du cœur non plus pour expliquer cet œdème. Un traitement local surtout est commencé immédiatement, et, après 5 ou 6 jours, le patient dit éprouver un soulagement. En effet, l'œdème est presque complètement disparu, pas de douleurs, encore un peu de raideur, tibio-tarsienne surtout. Du côté des bronches, la toux continue avec expectoration abondante, surtout le matin, au lever, pas de mauvaise odeur, pas de douleurs. Un examen externe ne fait rien révéler, pas d'augmentation de volume, pas de ganglions cervicaux envahis que l'on puisse atteindre. Aucun symptôme du côté des poumons. Les autres organes semblent en bon état. La 17ème journée après son entrée ici, le patient accuse un peu de gêne à la déglutition, la toux augmente pendant la matinée, il remet son repas du matin, et, durant la nuit, après beaucoup d'efforts de toux, il y a rejet assez abondant d'expectoration purulente. Le lendemain, il ne peut avaler la moindre goutte de liquide. La plus petite quantité de liquide ingérée peut bien franchir le larynx, mais, arrivée à environ 5 à 6 centimètres dans l'œsophage, le patient est pris d'un accès de toux et le liquide est rendu en même temps qu'une sécrétion muco-purulente. Et cela se renouvelle à chaque tentative. On dirait qu'il y a communication entre l'œsophage et la trachée. C'est, d'ailleurs, la seule raison plausible pour expliquer ces soudaines quintes de toux et le rejet du liquide ingurgité. Un autre spécialiste, le Dr C. Laviolette, fait un nouvel examen, très minutieux, du larynx et pharynx et ne trouve rien autre chose qu'une simple paralysie de la corde vocale droite.

Le malade a une arrière-gorge que l'on peut examiner le plus facilement possible. On reconnaît même les 3 ou 4 premiers anneaux de la trachée et la première portion du pharynx ;—on ne peut constater la présence d'aucune

tumeur dans le champ exploré, aucune perforation entre la trachée et l'œsophage. Un traitement à l'électricité est institué contre cette paralysie de la corde, mais sans résultat aucun. Cette paralysie doit s'expliquer par la compression du nerf récurrent droit quelque part. L'expectoration continue nuit et jour et devient de

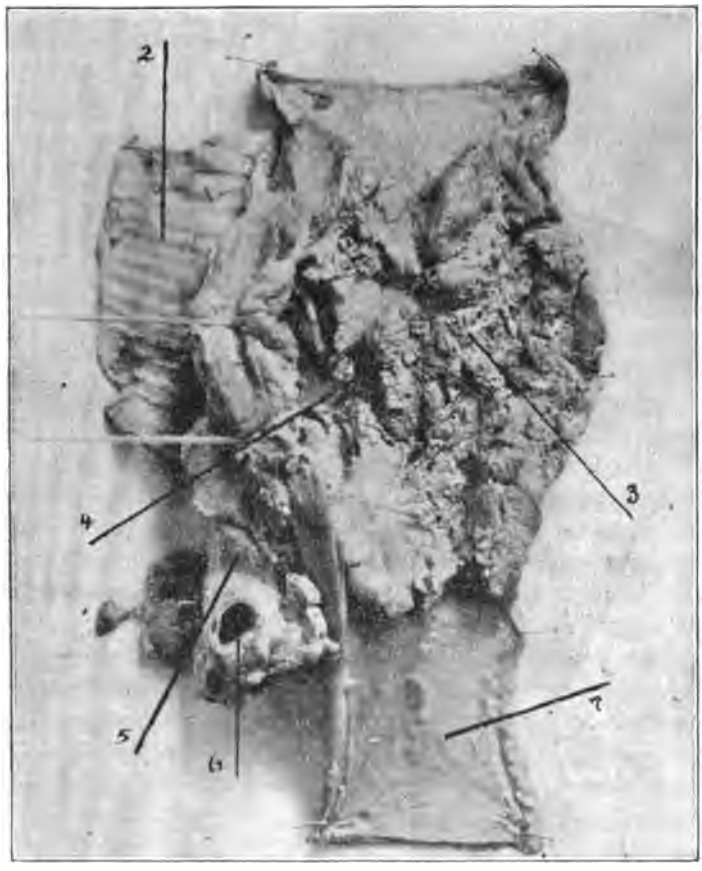


Figure 1.—Vue postérieure—trachée repliée à gauche.

1o Paroi antérieure de l'œsophage ; 2o Trachée repliée à gauche ; 3o La tumeur dans la paroi de l'œsophage ; 4o Perforation de l'œsophage et de la trachée ; 5o Bifurcation de la trachée ; 6o. Bronche gauche.

plus en plus fétide. Un examen microscopique fait voir des streptocoques, staphylocoques, diplocoques, du pus et du sang et quantité de substance amorphe albuminoïde. L'état des poumons n'est nullement en rapport avec cette expectoration abondante et fétide ; ils sont quasi normaux. Le malade, pendant ce temps, est nourri par la voie rectale. Plusieurs tentatives sont pratiquées pour introduire un tube œsophagien, mais sans résultat. On a assayé 3 tubes de calibres et consistances différents sans plus de succès. Arrivé à un certain endroit, on sent une résistance, puis, sortie de gaz fétides par le tube même et suffocation, signes

évidents qu'il y a eu pénétration dans les voies aériennes. Il faut retirer immédiatement le tube. A la 3ème tentative, les mêmes phénomènes se reproduisent, mais, après quelques secondes de repos, on franchit subitement cet obstacle, et le tube pénètre jusque dans l'estomac. Pendant deux jours et demi, on peut ainsi

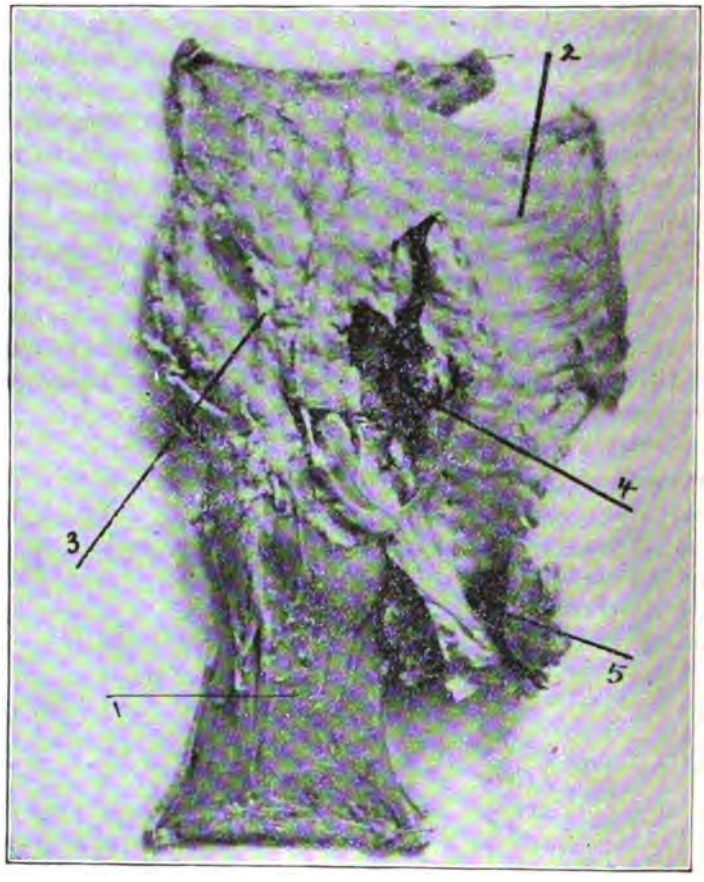


Figure 2.—Vue antérieure—la trachée incisée et repliée à gauche.

1o Paroi externe antérieure de l'œsophage ; 2o Trachée ouverte ; 3o Tumeur dans la trachée ; 4o Perforation de la trachée et de l'œsophage ; 5o Bronche gauche.

faire, sans trop de difficultés, une dizaine de gavages de l'estomac. Mais après, toute tentative devient inutile. Le malade, d'ailleurs, est tellement épuisé qu'il ne peut plus s'y prêter. L'amaigrissement survient très rapide et considérable, son teint est caractéristique, il a peine à se faire entendre.

Les médicaments sont introduits par voie sous-cutanée. L'expectoration, toutefois, a diminué, ainsi que la mauvaise odeur, grâce à un gargarisme antiseptique. Après une dizaine de jours d'alimentation, par voie rectale, cette muqueuse ne peut plus tolérer la présence d'aucun liquide, et la mort survient,

après 16 jours, par inanition, plutôt que par intoxication, sans aucune souffrance.

Dans ce cas-ci, nous avons eu la bonne fortune de faire l'autopsie pour vérifier le diagnostic. Tous les organes, le cœur, les poumons, l'estomac, etc., étaient dans leur état normal ; excepté les poumons qui offraient, à leur partie postérieure, un peu de congestion hypostatique.

L'œsophage tout entier avec l'estomac et la trachée jusqu'à sa bifurcation sont enlevés tout d'une pièce. L'estomac n'offre rien de particulier. Maintenant, comme vous pouvez le constater par les figures reproduites ici, l'œsophage et la trachée sont intimement soudés ensemble par le néoplasme. Tous deux ont été incisés et étalés pour voir les parties atteintes. L'œsophage, a partir de quelques centimètres du pharynx, est envahi dans toute sa circonférence et sur une longueur de 10 à 12 centimètres. Les parois sont considérablement augmentées de volume et le canal alimentaire est tellement retréci qu'il permet à peine l'introduction du petit doigt. La surface interne est parsemée d'anfractuosités encore à demi remplies de cette même sécrétion muco-purulente expectorée durant la vie. Dans la paroi antérieure de l'œsophage, vers la partie moyenne, on rencontre une perforation considérable communiquant avec la trachée par sa paroi postérieure.

C'est cette perforation qui s'est produite une nuit après un accès de toux suivi immédiatement de rejet de cette expectoration muco-purulente si abondante. Cette communication entre l'œsophage et la trachée explique fort bien les phénomènes qui se produisaient lorsqu'on essayait d'introduire un tube dans l'œsophage. L'extrémité libre, au lieu de passer tout droit, malgré les précautions prises pour lui faire suivre la paroi postérieure de l'œsophage, pénétrait dans cette ouverture et produisait aussitôt suffocation avec sortie de gaz. Cette partie postérieure de la trachée seule est atteinte, mais les ganglions, situés tout le long et surtout à sa bifurcation, sont infiltrés et beaucoup augmentés de volume. Absolument rien du côté des bronches.

On a cherché à retracer le trajet du nerf récurrent droit, mais sans y réussir; il était pris dans cette masse. La paralysie de la corde vocale droite serait due à la compression de ce nerf par la tumeur.

L'examen histologique a révélé un épithélioma.

Le goître exophtalmique. — Voici ce que dit M. Tillaux, à ce sujet, à la séance du 10 février de la *Société de Chirurgie :* " Lorsqu'en 1879, j'ai publié à l'Académie ma première intervention, j'ai alors soutenu cette opinion, que le goître exophtalmique me paraissait d'origine mécanique. Je pensais qu'il était le résultat d'une compression s'exerçant sur quelques-uns des organes profonds. Depuis lors, je ne suis pas resté dans les mêmes idées et je crois qu'il n'y a pas à invoquer une seule pathogénie. Ou plutôt, je crois que les accidents peuvent dépendre, tantôt de la maladie de Basedow, tantôt d'une tumeur développée dans le corps thyroïde. Or, dans le premier cas, il ne faut pas intervenir : c'est le goître exophtalmique médical. Dans le second cas, le goître exophtalmique chirurgical, l'intervention donne de bons résultats.

PLEURÉSIE PURULENTE À PNEUMOCOQUES.

PNEUMONIE LOBAIRE GAUCHE.—ÉPANCHEMENT PURULENT CONSÉCUTIF.—MORT.

PAR

E. P. BENOIT, M. D.,
Chef de clinique à l'Hôpital Notre Dame.

T. PARIZEAU, M. D,
Pathologiste à l'Hôpital Notre-Dame.

Nous avons eu l'occasion d'observer, il n'y a pas longtemps, dans le service du professeur Rottot, un cas de pneumonie suivie de pleurésie purulente où, par suite de circonstances incontrôlables, la thoracentèse n'a pu être pratiquée, et qui est mort à l'hôpital après trente cinq jours de maladie. L'observation de ce cas est intéressante à parcourir ; la nature de la pleurésie, révélée par l'examen bactériologique, présentait, au point de vue clinique, un équivoque beaucoup plus prononcé : c'est une pleurésie purulente simple à pneumocoques, consécutive à une pneumonie du côté gauche, et qui a évolué avec une rapidité remarquable, amenant la mort plutôt par infection.

On peut dire que la pleurésie purulente a été connue de tout temps Mais si l'on avait déjà remarqué que cette maladie variait quelquefois beaucoup dans ses symptômes, ce n'est que depuis ces vingt dernières années que l'on a divisé la pleurésie purulente en catégories bien distinctes, qui sont : 1° les pleurésies purulentes simples ; 2° la pleurésie tuberculeuse ; 3° la pleurésie putride. Comme le dit clairement Netter : " les recherches bactériologiques permettent d'expliquer les différences si marquées entre les suppurations pleurales, et les pleurésies purulentes peuvent être divisées en plusieurs espèces, dues chacune à un organisme particulier."

La pleurésie purulente putride, consécutive, le plus souvent, à la gangrène du poumon, est rare. La pleurésie purulente tuberculeuse est beaucoup plus fréquente ; c'est une pleurésie purulente latente, à marche insidieuse, caractérisée par l'absence de phénomènes généraux. On doit la considérer, non pas comme l'indice de la phtisie pulmonaire, mais comme le résultat d'une lésion tuberculeuse localisée surtout au feuillet pariétal de la plèvre. Elle peut cependant compliquer la phtisie.

La pleurésie purulente simple est certainement l'une des formes la plus fréquente de la suppuration de la plèvre, mais elle est le plus souvent secondaire, et le germe qui la provoque lui vient d'habitude soit d'un organe avoisinant, soit de l'extérieur. Les symptômes et la marche varient suivant la nature du germe provocateur. C'est ainsi, par exemple, qu'une ponction non aseptique amènera, dans une plèvre contenant un épanchement séro-fibrineux, des staphylocoques qui changeront bientôt la nature du liquide et provoqueront une pleu-

résie purulente à marche lente, chronique, sans symptômes généraux, indiquant un terrain favorable à la tuberculose. De même verrons-nous les streptocoques d'une péritonite puerpérale, d'une broncho-pneumonie ou d'un phlegmon du cou pénétrer par la voie lymphatique jusqu'à la séreuse pleurale et déterminer une pleurésie purulente à forme aiguë, où se reconnaît l'influence d'une infection qui se généralise : fièvre marquée et oscillante, œdème de la paroi thoracique, voussure limitée, hypertrophie des ganglions de l'aisselle. On reconnaît tout de suite un microbe à virulence active. C'est à propos de cette pleurésie que l'on a constaté que le murmure vésiculaire peut persister à l'auscultation alors que la plèvre est remplie de pus.

La pleurésie purulente à pneumocoques offre plusieurs particularités. Très fréquente chez l'enfant, elle se montre à la suite de pneumonie chez des patients qui n'ont pas dépassé la trentaine, et est plus fréquente dans les pays septentrionaux, où le climat rend les pneumonies plus infectieuses. Il est rare qu'elle s'accompagne d'œdème ou de voussure. On peut la pronostiquer d'avance quand la fièvre de la pneumonie baisse par chutes successives (lysis), au lieu de tomber brusquement comme c'est l'habitude. Chacun sait que le pneumocoque est un microbe dont la virulence s'épuise facilement ; d'où la forme cyclique de la maladie. Mais lorsqu'il parvient à pénétrer dans la plèvre, il y rencontre un milieu liquide et se trouve à l'abri de l'air, deux conditions qui favorisent son développement. Aussi, bien que la pleurésie purulente à pneumocoques soit généralement assez bénigne et de courte durée, elle peut cependant revêtir une forme aiguë qui devient rapidement mortelle. Le cas que nous citons plus loin en est une preuve. Heureusement, et grâce encore à la virulence peu forte du microbe, la pleurésie à pneumocoques est peut-être celle qui guérit le mieux. Nous n'avons aucun doute que si nous avions pu pratiquer la thoracentèse chez notre malade, il aurait parfaitement guéri.

OBSERVATION DU MALADE,

(*d'après les notes prises par la sœur de garde.*)

A. T., âgé de 20 ans, entre à l'hôpital Notre-Dame le 25 février 1897. Il est rendu au troisième jour d'une pneumonie gauche complète à forme adynamique. Le malade est dans le délire. L'examen du poumon gauche révèle de la matité et du souffle tubaire. La température est à 102, le pouls à 110, la respiration à 36. Pas de sommeil. L'état général est mauvais. Le malade est très difficile à nourrir.

L'étude des différents symptômes, du 25 février au 8 mars, prouve clairement que, durant cette époque, le malade termine sa pneumonie. La température, de 102°, est montée, le 28 au soir, à 104.5°, pour descendre ensuite *par lysis* à 101°, le 7 mars, et à 97°, le 8 au matin. Le pouls a suivi la marche ascendante de la température, s'élevant jusqu'à 146 le 3 mars ; il est tout le temps, d'ailleurs, vite, petit et mauvais. Le 8, les pulsations oscillent entre 102 et 118. La dyspnée, qui a toujours été très profonde chez le malade, s'est déjà établie franchement pendant la période pneumonique : 36 (25 février), 52 (27-28 février),

40 (premiers jours de mars). Pendant toute cette première période, la toux n'a pas été très forte. L'expectoration aussi demeure peu abondante, elle est même pénible les premiers jours de mars. Les crachats rouillés sont signalés le 27 février ; le 8 mars, le malade crache à peine. L'auscultation du 6 mars fait entendre les râles crépitants de retour. Enfin, pendant toute cette première période, les symptômes nerveux sont accentués : insomnie à peu près complète, état délirant offrant de courtes accalmies et accompagné de carphologie ; fortes douleurs durant la toux dans la poitrine, à la tête, aux intestins, les 2, 3, 4 et 5 mars. En somme, si, dès le 6 mars, la résolution s'annonce, l'état général demeure fort peu satisfaisant.

Il devient encore plus grave à partir du 8, malgré le calme apparent des symptômes. En effet, le malade est plus calme, ne se plaint pas de douleurs, peut dormir par intervalle et ne tousse guère. Mais la température remonte en trois jours, à 101°, et revêt une forme vespérale, 99° le matin, 101.5° le soir ; le pouls demeure au-dessus de 110 et la dyspnée ne s'améliore pas (32, 40). A l'examen du poumon, on constate une matité complète et la disparition des râles crépitants : *mais l'on entend le murmure vésiculaire.* Cela a même fait, pendant quelques jours, hésiter sur le diagnostic.

Cependant, à partir du 14, le doute n'est guère possible. La respiration se maintient au-dessus de 30 et devient, sur la fin, de plus en plus gênée. Le pouls bat de 120 à 130 à la minute et s'affaiblit graduellement. La fièvre a, le 16, une montée à 104°, puis, après cette date, oscille à 99° le matin et 101° le soir. La douleur au côté devient très vive ; le malade ne peut plus garder la position horizontale. Il est très souffrant, dort à peine et transpire sur les derniers jours. L'analyse des urines y révèle la présence d'une quantité notable d'albumine. La toux est vive, fréquente et fatigante au point d'amener des faiblesses chez le malade. *En aucun temps on ne constate de la voussure au côté ;* mais l'œdème des jambes, commencé le 14 mars, augmente peu à peu ; le 23, la figure est enflée ; le 25, l'abdomen est pris. Il y a, dès le 22, des plaies de lit accompagnées d'un abcès d'un ganglion de l'aîne. Enfin le délire apparaît sur les derniers jours. Le malade transpire abondamment. Le 25, la température descend vers la normale, tandis que la dyspnée augmente et que le pouls devient de plus en plus mauvais. Le malade meurt le 31, à 7 heures du soir.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

La table d'autopsie voit souvent maintes surprises et nous met en présence de trouvailles curieuses. Ce fut ici le cas. Car si les quelques symptômes de pleurésie observés dans les derniers jours permirent de diagnostiquer la métamorphose pathologique opérée chez notre malade, personne, assurément, n'aurait songé, malgré l'intensité relative de ces symptômes, à l'énorme suppuration que nous trouvâmes dans la moitié gauche du thorax.

Rien, dans l'aspect extérieur du cadavre, ne pouvait faire soupçonner cette collection. Pas de voussure appréciable. Cependant, telle était la pression opérée par le liquide sur la paroi thoracique, que le couteau, ayant légèrement dévié

dans le dépouillement du sternum, un cartilage costal fut tranché net et un véritable flot de pus jaillit violemment. Vert, jaunâtre, bien lié, crémeux, ce pus possède les caractères attribués aux suppurations d'origine pneumococciques.

Toute la moitié gauche de la cage thoracique en était remplie ; pour parler plus exactement, nous trouvâmes là quatre litres de ce liquide.

C'est assez dire qu'il restait peu d'espace au poumon. Ce dernier, en effet réduit à sa plus simple expression, nous apparut sous la forme d'un lambeau allongé, fortement aplati et collé tout contre les corps vertébraux.

La plèvre viscérale, d'aspect jaune grisâtre, rugueuse, très épaissie, lui faisait une solide enveloppe.

A la coupe, le parenchyme est absolument métamorphosé. On dirait du muscle. Sous le microscope, on constate les lésions de l'atélectasie et de la carnisation : disparition des vésicules pulmonaires, accollement de leurs parois, etc.

La plèvre pariétale présente les mêmes transformations que le feuillet viscéral.

Quant au poumon droit, à part quelques points de congestion disséminés, il est resté presque normal. Les feuillets de la séreuse de ce côté ont contracté quelques petites adhérences, mais la cavité ne contient pas de liquide.

Le cœur, augmenté de volume, flotte dans une notable quantité de liquide séreux dû à la péricardite de moyenne intensité que nous avons sous les yeux. Il est ramolli, et sa couleur habituelle, normale, a fait place à la teinte caractéristique de la myocardite. Il a, du reste, été profondément touché, car on trouve, en l'incisant, le pourtour de ses orifices tricuspidien et mitral modifié par le travail récent d'une endocardite fibrineuse.

En poursuivant l'examen, nous constatons que le foie, augmenté de volume, possède une capsule épaissie, fortement adhérente dans toute la face convexe de l'organe. Celui-ci, à la coupe, présente l'aspect de la dégénérescence graisseuse qu'un examen histologique ultérieur nous a permis de constater plus sûrement. Le parenchyme est ramolli et la teinte granitée du foie muscade est ici très nette.

Du côté des reins, on ne trouve extérieurement que peu de lésions. L'augmentation de volume n'est pas considérable et l'apparence serait normale, n'était-ce une congestion également prononcée des deux côtés et que l'on remarque être, pour ainsi dire, cantonnée dans la seule couche corticale, légèrement augmentée de volume. Aspect jaunâtre de la couche médullaire. Sous le microscope, la zone glomérulaire offre des lésions marquées. On y trouve une abondante prolification de noyaux de la couche d'enveloppe du paquet vasculaire des glomérules, dont la capsule est notablement épaissie. Autour des vaisseaux du voisinage et dans leurs parois, traces d'un processus inflammatoire. L'épithélium des tubes contournés est boursouflé et la lumière de ces canaux paraît obstruée de place en place.

La rate est légèrement augmentée de volume, mais ne paraît pas autrement touchée.

Le péritoine contenait une petite quantité de liquide ascitique et l'intestin présentait ça et là des plaques de congestion simple.

Voilà tout ce que l'examen macroscopique et histologique nous permit de voir dans cette intéressante autopsie.

Restait l'examen bactériologique des différents liquides recueillis chez le sujet.

L'ascite et l'épanchement péricardique ensemencés sur bouillon ne donnèrent aucun résultat. Il n'en fut pas ainsi du pus de l'épanchement pleurétique et de celui d'un petit abcès sous-cutané de la région trochantérienne gauche. L'un et l'autre donnèrent dans le bouillon, au bout de 24 heures, des cultures pures d'un micro-organisme lancéolé, disposé en chaînettes ou en diplocoques, sans capsule, fait habituel pour le pneumocoque dans les cultures ; un réensemencement sur bouillon donna une seconde édition, mais, beaucoup moins vigoureuse que la première. Dans l'un et l'autre cas, le micro-organisme se colorait bien par les couleurs d'aniline habituelles et prenait le Gram.

Sur gélatine, il ne fut obtenu aucun résultat, non plus, du reste, que sur gélose.

Voici donc une histoire confirmée de pleurésie à pneumocoques. Les observations de ce genre sont aujourd'hui nombreuses dans la littérature médicale. Nous n'avons donc pas la prétention de présenter ici un fait nouveau. Mais, il nous a paru intéressant de mettre sous les yeux de nos lecteurs et de faire ressortir la disproportion des symptômes cliniques observés avec l'étendue et l'énormité des lésions constatées à l'autopsie. De la comparaison ainsi imposée naîtra certainement une salutaire défiance des complications méta-pneumoniques et, de cette mise en garde que nous nous permettons vis-à-vis de nos collègues, la thérapeutique de ces complications et par suite les malades ne sauraient manquer de largement bénéficier.

Tous les ophtalmologistes savent, dit le Dr C. A. Wood, que le port de la voilette chez la femme produit souvent un affaiblissement de la vue, des maux de tête, quelquefois du vertige et des nausées.

Le jeune homme qui n'a jamais eu la fièvre typhoïde est très susceptible à l'action du bacille typhique ; il devra éviter avec soin l'eau provenant d'un puits ou d'une source situés près d'une grange ou d'un cabinet d'aisance, ou toute eau qui pourrait être polluée par les matières excrémentielles.

Quelques expérimentateurs, pour prouver la nature contagieuse de la consomption, ont enfermé des animaux dans des espaces clos, vaporisé dans ces espaces une solution aqueuse de crachats de consomptifs, et les animaux ont contracté la maladie et en sont morts. Le séjour dans un char ou une chambre où l'expectoration desséchée des consomptifs flotte dans l'air sous forme de poussière, constitue l'expérience la plus mélancolique à laquelle soient soumises involontairement un certain nombre de personnes.

Sur vingt échantillons de beurre, Roth en a trouvé deux qui contenaient le bacille de la tuberculose.

SOCIÉTÉ DES INTERNES DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME.

Séance du 8 Avril.

Le Dr JOYAL, président, au fauteuil.

FIÈVRE TYPHOÏDE SUDORALE.

DR CHAGNON.—Le Dr Chagnon a observé, dans son service, à l'Asile St. Jean de Dieu, un cas de fièvre typhoïde accompagné de transpiration abondante. O. P. est âgé de 45 ans, fortement bâti, n'a jamais été malade. Dans les premiers jours de février, il commence à se plaindre de céphalalgie et de frissons. Il présente de l'insomnie et refuse toute nourriture. Le 6 février, on prend la température, qui est de 101½°, à 11 heures, et 103°, à 6 heures ; la fièvre se continue jusque vers le 18 mars. La langue est fortement chargée pendant toute la durée de la fièvre ; certains jours elle est desséchée. Le malade n'a jamais présenté de diarrhée ; il est le plus souvent constipé et obligé de recourir aux laxatifs. Pas de taches lenticulaires. Pas de facies typhique. Rien du côté de la respiration. Pouls très faible vers la 4ème et la 5ème semaine. Le séro-diagnostic, fait le 19 février 1897, est positif. Le Dr Chagnon attire surtout l'attention sur les sueurs profuses qui surviennent tous les deux jours, durant la matinée, et sur la durée de la fièvre (au-delà de six semaines). (1)

AUTOPSIES D'ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

DR CORMIER.—Le Dr Cormier rapporte 15 autopsies de nouveau-nés pratiquées à la crèche de la Miséricorde. La plupart des enfants souffraient de gastro-entérite et sont morts, soit du fait de l'inflammation intestinale, soit d'une complication telle que la pneumonie. La grande majorité des cas offrent une dilatation du côlon, qui est même très marquée chez quelques-uns.

Séance du 29 avril 1897

Le DR JOYAL, président, au fauteuil.

FRACTURE DU COL DE L'HUMÉRUS

DR DERÔME.—Le Dr Derôme présente un jeune garçon de 14 ans, qui vient d'être amené à l'hôpital, après être tombé de sa hauteur sur le bord du trottoir, en jouant avec des compagnons. L'épaule droite est immobile, douloureuse et

(1) Vers le 15 avril, la fièvre réapparait avec tous les mêmes caractères et dure une semaine. Depuis, convalescence complète.

déformée : impotence du bras et crépitation. La tête de l'humérus est restée dans la cavité glénoïde. C'est un cas de fracture du col dont le diagnostic est facile à faire sous le chloroforme.

SPASMES BRONCHIQUES PAR LÉSIONS BULBAIRES

Dr Boulet.—Le Dr Boulet est appelé par un confrère auprès d'une femme de 35 ans, en train d'asphyxier et chez qui le médecin soupçonne une paralysie du larynx. On décide de faire une trachéotomie, et pendant la préparation des instruments, on fait un nouvel examen. On constate alors que la malade est atteinte d'un spasme aigu des bronches, dû, probablement, à une lésion bulbaire. La malade mourut le lendemain.

Le Dr Boulet cite un cas semblable survenu chez un ancien syphilitique et qui fut opéré bien inutilement, car la trachéotomie ne pouvait faire cesser une obstruction ayant pour cause principale un spasme des bronches, et le malade mourut au bout de quelques jours, après avoir montré une tachycardie prononcée.

Dr Cormier.—Ces spasmes bronchiques ressemblent au faux croup malin, qui survient chez les enfants rachitiques au début d'une broncho-pneumonie.

Dr Boulet.—Les spasmes des bronches sont provoqués par des lésions bulbaires : lésions syphilitiques, compression, etc. Il n'y a pas eu d'autopsie dans les deux cas cités.

Dr Derome.—Un malade, souffrant d'épilepsie jacksonnienne, au début, est entré l'autre jour à l'hôpital avec une paralysie de l'œsophage. Il fut soumis au traitement ioduré : 20 grains d'iodure de potassium par jour. Après cinq jours, le malade pouvait avaler. Il guérit complètement après huit jours de diète liquide.

ÉPITHÉLIOMA DES FOSSES NASALES.

Dr Boulet.—Le Dr Boulet a observé, à l'Hôtel-Dieu, un épithélioma des fosses nasales qui pénétrait jusque dans le sinus maxillaire : la tumeur, enlevée par le Dr Marien et lui, avait la grosseur d'un jaune d'œuf, et l'on fut obligé de reséquer la cloison. Depuis un mois et demi que le malade a été opéré, il n'y a pas eu de récidive.

INFECTION DES SINUS CAVERNEUX

Dr Boulet.—Jean..., âgé de 18 ans, se présente à la consultation du Dr Boulet, porteur d'un strabisme externe de l'œil gauche avec léger avancement capsulaire interne ; le docteur pratique, séance tenante, une ténotomie du droit externe, en prenant toutes les précautions antiseptiques voulues. L'opéré revient le lendemain avec les paupières œdématiées et du chémosis. Le jour suivant, trouble de l'humeur aqueuse, début de panophthalmie. Le docteur défait les sutures pour procéder à une injection d'une solution de sublimé, au moyen de la seringue d'Anel. Toutefois, le lendemain, en face d'une panophthalmie bien constituée, il pratique l'énucléation. La température se maintient élevée : 102°, 103°, et le malade meurt après une période de douze heures d'un coma

qui n'est précédé d'aucune contraction ni convulsion, mais d'un léger délire et d'une paralysie de la 5me paire à droite, qui avait amené un commencement de trouble trophique du côté de la cornée de l'œil gauche.

Autopsie.—Les deux sinus caverneux sont remplis de pus dans lequel l'examen bactériologique révèle la présence de streptocoques et de staphylocoques. Les reins et la rate sont très congestionnés, le foie est normal, l'intestin offre quelques petites plaques ecchymotiques.

Il y a donc eu infection pour que cette petite opération, d'ordinaire si bénigne, se soit terminée par un désastre semblable. Et cette infection, (a) comment s'était-elle produite, et (b) pourquoi avait-elle revêtu tout de suite un caractère de si grande malignité ? " Voilà ce qui est intéressant à examiner, dit le Dr Boulet, et pourquoi j'ai voulu vous faire part de cette observation si instructive.

(a) " Tout allait d'une manière normale dans l'œil du jeune homme jusqu'au moment où, après s'être masturbé, il voulut remettre en place le bandeau qui s'était défait, portant dans l'œil une main infectée par des matières accumulées sur sa verge, grâce à un phimosis prononcé et une malpropreté extrême. De l'aveu du jeune homme, la douleur et l'inflammation de l'œil ont commencé dans la soirée même. L'examen des matières prises sur la verge, le jour même de son arrivée à l'hôpital, c'est-à-dire le lendemain du moment supposé de l'infection de l'œil, a révélé la présence de staphylocoques et de streptocoques, microbes retrouvés ensuite à l'autopsie dans les sinus caverneux. Voilà donc vraisemblablement, comment l'agent infectieux est parvenu à l'œil.

(b) " Le jeune homme a un père syphilitique ; sa sœur, son ainée, a eu des iritis syphilitiques. C'était donc un terrain tout préparé, et ici, comme il arrive souvent, la syphilis avait fait de l'organisme un milieu de culture éminemment favorable à la germination et à la dissémination de l'agent pathogène."

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES À PROPOS D'UNE ÉPIDÉMIE D'ANGIOLEUCITE AIGUË DU CHEVAL

Dr Benoit.—Le Dr Benoit, en son nom et en celui du Dr Parizeau, rapporte quelques recherches entreprises au laboratoire de l'hôpital Notre-Dame pour s'assurer de la nature d'une maladie contagieuse qui sévit en ce moment sur les chevaux. Les jambes des chevaux malades se couvrent de pustules qui donnent naissance à une suppuration infecte, et s'accompagnent d'angioleucite et d'adénite suppurée. Les palefreniers chargés de panser les animaux malades sont presque tous atteints, au bras ou à la main, d'un ulcère d'inoculation suivi d'une traînée de lymphangite avec ganglions douloureux et hypertrophiés dans la saignée du bras et dans l'aisselle. En même temps, ils offrent tous les signes d'une infection générale modérée : mal de tête, insomnie, fièvre, frisson, inappétence, etc. Il est à noter, cependant, qu'ils guérissent au bout d'une dizaine de jours et que les chevaux malades n'ont aucun jetage ni aucune manifestation pulmonaire. Cependant, MM. Bénoit et Parizeau ont cru, pendant quelque temps, à du farcin, car l'examen de différents échantillons du pus de différents chevaux, recueillis avec précautions dans des pipettes stérilisées, avait paru montrer, sous le microscope, les bacilles courts, en chaînettes,

à espaces clairs, caractéristiques de la morve. Mais les cultures sur gélatine, gélose et bouillon, ne donnèrent que des staphylocoques dorés purs. Il s'agissait donc d'une épidémie d'angioleucite aiguë du cheval.

L'HUILE DE CADE CONTRE LE FAVUS

Dr Boulet.—Le Dr Boulet est très satisfait de l'emploi de l'huile de cade dans le favus ; il prescrit une partie d'huile de cade pour deux parties de bay-rhum, en applications locales.

Dr Cormier.—Il est à remarquer que, chez les enfants, certaines maladies de peau ont pour origine des désordres de la digestion. Il suffit de pratiquer la désinfection de l'intestin à l'aide du mercure, du salophène, de l'arsénite de cuivre, et de faire localement des applications adoucissantes de vaseline boriquée, pour voir tous les troubles disparaître. La kératite a aussi une origine infectieuse et guérit plus facilement quand on traite la gastro-entérite.

TACHYCARDIE POST-OPÉRATOIRE.

Dr Derome.—Le Dr Derome en a observé un cas chez une fille de 20 ans opérée à l'hôpital pour une ostéïte du fémur avec collection purulente. Le pouls durant l'opération devint tellement vite qu'on ne put le compter, et resta ainsi jusque dans l'après-midi du deuxième jour. Comme traitement : strychnine. Le Dr Derome attribue cette tachycardie à une diminution de la pression sanguine par dilatation du cœur.

Dr Cormier.—Ce cas lui rappelle une de ses patientes, accouchée ces jours derniers. Elle eut une perte sanguine abondante, et le pouls demeura très vite toute la veillée. Il est bon d'ajouter que c'est une femme très nerveuse, hystérique.

Séance du 13 mai 1897

Le Dr Benoit, Vice-Président, au fauteuil.

LÉSIONS AORTIQUES, ULCÉRATIONS INTESTINALES ET DIARRHÉE VERTE CHEZ UN ALIENÉ ÂGÉ DE 46 ANS

Dr Chagnon.—(L'observation complète sera publiée prochainement).

CANCER PRIMITIF DE L'ŒSOPHAGE

Drs Brennan et Éthier.—(Voir le travail publié en entier, page 335).

Dr Boulet.—Le Dr Boulet a eu connaissance d'une malade qui présentait une tumeur de la paroi postérieure du pharynx. L'opération pratiquée demeura forcément incomplète. La malade mourut six jours après. La tumeur siégeait au pharynx et poussait des excroissances jusque dans l'œsophage, lesquelles on n'avait pu saisir lors de l'opération ; il s'agissait d'un sarcome. Il y avait aussi des ganglions bronchiques suppurés. La mort survint par compression ganglionnaire du pneumogastrique.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE.

DIAGNOSTIC DU CANCER DU RECTUM.

QUÉNU.—Clinique à l'hôpital Cochin.—L'*Abeille Médicale*, 8 mai 1897,

Le diagnostic du cancer du rectum est fait, en général, tard, pour ne pas dire trop tard. La raison en est double : d'une part la bénignité des symptômes du début n'évoque pas, dans l'esprit du malade, ni même souvent dans celui du médecin, l'idée de cette grave affection ; d'autre part, trop de médecins, en présence de la difficulté persistante des garde-robes, et même en face des épreintes et des hémorrhagies, répugnent à pratiquer le toucher rectal, qui seul peut éclaircir la question.

La conclusion c'est l'obligation pour le médecin lorsqu'il se trouve consulté pour un trouble du rectum quelque léger qu'il soit, et surtout pour un état dyspeptique prolongé avec constipation opiniâtre et déperdition des forces, etc., de pratiquer le toucher rectal.

Les renseignements fournis par cet examen varient suivant que le cancer siège à l'anus, dans l'ampoule, ou que le doigt peut à peine l'atteindre. Nous allons donc examiner successivement les signes que l'on rencontre dans ces localisations différentes.

1o) *Cancer anal.* — Il peut être entièrement caché dans le conduit anal ou s'étendre à la marge de l'anus en formant là une tumeur plus ou moins grosse.

a) *L'épithélioma intra-anal*, surtout s'il est ulcéré, est douloureux, l'exploration très pénible et mal supportée si l'on n'a soin de cocaïniser d'avance la surface muqueuse. Au toucher, on peut sentir une tumeur d'une consistance très dure, à surface lisse, mamelonnée, ou bien irrégulièrement ulcérée au centre avec des bords élevés et indurés. L'ulcération est d'ordinaire anfractueuse, végétante, empiétant plus ou moins sur l'ampoule, douloureuse surtout lorsqu'elle a entamé les plis sphinctériens.

b) Lorsque le *cancer déborde hors de l'orifice* son aspect rappelle celui d'un condylome syphilitique. Il en diffère par la dureté bien plus considérable qu'il donne au doigt ; en outre on le voit se continuer avec une ulcération intra-anale reposant sur une plaque dure.

Quelquefois, mais rarement, cette continuité fait défaut ; on trouve alors un cancer de l'ampoule, et il semble que la production anale n'est qu'une greffe secondaire.

La marche du cancer anal doit être bien connue, elle est essentiellement envahissante. De la paroi sur laquelle elle est implantée, la néoplasie tend à envahir toute la circonférence de l'anus, puis à déborder au dehors. Par suite, tandis que l'envahissement du sphincter amène l'incontinence des matières fécales, les néoformations gênent l'introduction du doigt et s'épanouissent sous forme de végétations rouges et saignantes.

Le diagnostic se fera avec les végétations banales des femmes enceintes, des vénériens, des gens sales, parce que celles des cancéreux, comme nous venons de le dire, reposent sur une base indurée, se continuent avec une ulcération intra-anale, etc.

Ces mêmes caractères permettent de différencier les ulcérations simples ou

tuberculeuses, vénériennes, syphilitiques qui sont, du reste, des ulcérations et non des tumeurs ulcérées.

Les hémorroïdes ont un aspect assez particulier pour ne pas être confondues avec cette affection, même quand le doigt rencontrerait deux ou trois petites tumeurs dures formées par des hémorroïdes enflammées, car les petites phlébites ont une expression symptomatique, qui leur est propre : épreintes, contracture, processus aigu, etc...

2o) *Cancer de l'ampoule.* — Au point de vue des résultats de l'examen on obtient de grandes différences suivant que la lésion est partielle ou circonférentielle.

a) *Formes partielles.*—En pratiquant le toucher rectal, le doigt rencontre dans l'ampoule une saillie se détachant d'une des parois, remplissant plus ou moins la cavité intestinale, de consistance variable.

Il va de soi que cette saillie peut présenter les dimensions les plus variées ; lorsqu'elle occupe la plus grande partie de la circonférence, on rencontre des noyaux plus petits, soit au-dessus soit au-dessous de la masse principale.

b) *Formes circonférentielles.*—Dans ce cas, la maladie se présente sous deux aspects différents. Dans l'un le doigt rencontre une masse mamelonnée, au centre de laquelle il pénètre dans une excavation formée par la lumière de l'intestin, rétrécie et déformée. Quelquefois il peut franchir ce défilé et en accrochant le haut de la tumeur la faire baisser ; assez fréquemment du reste, ce mouvement d'abaissement se produit spontanément sous l'influence des poussées incessantes ou de l'effort.

Lorsque le néoplasme constitue surtout une infiltration, le doigt s'engage alors dans un conduit tortueux à parois rigides, anfractueuses, à surface lisse par endroits, bosselée dans d'autres, sans qu'on puisse pour s'orienter distinguer, à travers les parois rectales trop dures, les organes voisins tels que la prostate, le coccyx, etc. ; ces explorations sont particulièrement douloureuses.

Ces formes de cancer rectal pourraient prêter à confusion avec certains rétrécissements du rectum : dans les deux cas on observe de la suppuration, des saignements, un rétrécissement à parois cartonneuses, un état général mauvais, mais outre que chez un porteur de rétrécissements simples, la lésion pour avoir amené à l'état cachectique serait trop ancienne pour être de nature cancéreuse, le mamelonnement de la muqueuse, la rigidité sèche, le manque de souplesse de la muqueuse rectale propres aux rétrécissemonts syphilitiques ou autres, ne sauraient être confondus avec une induration étendue à toute l'épaisseur des tuniques rectales, induration que renforcent des saillies et de véritables tumeurs.

3) *Cancer siégeant au-delà de l'ampoule.* Par le toucher rectal on arrive à peine à sentir avec le bout du doigt une induration. Cependant, on peut par un artifice atteindre la tumeur ; pour cela on combine le palper abdominal au toucher rectal. Le malade étant à plat, le siège bien relevé par ses deux poings, la main gauche appuie fortement sur l'hypogastre, pendant que la main exploratrice déprime fortement le périnée. On réussit encore à abaisser la tumeur en faisant pousser le malade, mais dans aucun cas il ne faut recourir au toucher effectué avec la main entière introduite dans le rectum. M. Quénu réprouve cette manœuvre de la façon la plus absolue.

Chez la femme, il est bon de recourir au toucher vaginal. M. Quénu le pratique toujours avant de procéder au toucher rectal, car l'exploration du vagin donne des renseignements importants sur le siège et la nature probable de la tumeur.

Lorsqu'on sait avoir affaire à un cancer du rectum et qu'on connaît la partie de l'intestin intéressée, le problème diagnostique n'est pas complètement résolu ; il reste—point des plus importants — à déterminer si le néoplasme s'est limité au rectum ou s'il a envahi les parties voisines : squelette, appareil urinaire, système lymphatique, etc.

L'extension du carcinome à la prostate est indiquée par les troubles de la

miction : difficultés, lenteurs à uriner, ou, au contraire, envies fréquentes, polyuries, etc. Le doigt explorateur doit rechercher principalement si la paroi malade est mobile sur la prostate, si on peut la faire glisser sur elle, si la pression réveille les douleurs.

Chez la femme, l'intégrité de la cloison recto-vaginale se constate aisément en plaçant un index dans le rectum et l'autre dans le vagin, en saisissant ainsi entre deux doigts la cloison et en faisant glisser le vagin sur la tumeur rectale.

Les rapports avec la vessie se jugeront d'après la possibilité d'abaisser la tumeur en l'accrochant avec le doigt et en lui imprimant des mouvements de haut en bas ; il faut encore remarquer que les noyaux adhérents aux parties voisines sont plus spécialement douloureux.

L'envahissement du péritoine sera considéré comme probable si, à une hauteur dépassant neuf ou dix centimètres, le néoplasme est fixe et douloureux et surtout si le malade accuse spontanément des douleurs dans le ventre, alors qu'il n'existe ni météorisme ni obstruction pouvant en rendre compte.

La propagation au squelette se juge aisément par l'adhérence au coccyx ou au sacrum.

L'extension aux parties molles du petit bassin en arrière ne tarde pas à faire éclater des douleurs le long du sciatique et dans le domaine des autres branches du plexus sacré.

Quant aux propagations à distance il est difficile de les reconnaître, car les ganglions lombaires ou sacrés, ceux du mésorectum, les hémorroïdaux moyens échappent à nos investigations.

La généralisation du cancer rectal est exceptionnelle ; néanmoins, il faut y penser, et explorer l'abdomen et surtout le foie.

Enfin M. Quénu recommande de compléter ces recherches par une analyse quantitative et qualitative de l'urine, puisque, même sans y provoquer de dépôts métastatiques, le cancer du rectum est susceptible d'altérer la structure du rein, de l'uretère et de la vessie.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PERFORATION SPONTANÉE DE L'ESTOMAC

Le Dentu.—Communication à l'Académie de Médecine (séance du 4 mai).—*L'Abeille Médicale*, 8 mai 1897.

M. Le Dentu communique deux observations d'intervention chirurgicale pour perforation spontanée de l'estomac. Dans la première, l'opération, faite malheureusement trop tard, n'empêcha pas la mort ; le deuxième cas, au contraire, s'est terminé par la guérison.

A la suite de ces faits, M. Le Dentu insiste sur le diagnostic précoce de cet accident.

Deux signes peuvent être considérés comme presque pathognomoniques. Ils ont, en tout cas, une grande valeur. C'est d'abord une sensation brusque de déchirure et une douleur intense dans la région qu'occupe l'estomac, douleur qui peut, tout d'abord, occasionner une syncope ou des lipothymies et qui est suivie d'une période de collapsus caractérisé par la pâleur de la face, par la petitesse et la fréquence du pouls, par des sueurs froides.

C'est ensuite la disparition de la matité hépatique qui est remplacée par de la sonorité. Cette particularité est due à l'irruption, dans la cavité peritonéale, des gaz venus de l'estomac.

Lorsque ces deux signes coexistent chez un malade, le diagnostic est fait. On peut hésiter sur le siège précis de la perforation, mais qu'importe, du moment que l'indication de l'intervention est assez nette ? La laparotomie permet de rechercher la perforation, de la suturer ou de la tamponner suivant les cas.

Seulement, il s'en faut que ces deux signes soient constants. Parfois la brusquerie de la douleur initiale fait défaut ; il existe seulement une douleur sourde, profonde, dont le malade ne se plaint guère et que des recherches attentives permettent seules de reconnaître. Certains malades ne souffrent pas dans un point précis, mais bien un peu partout dans le ventre. La dissémination de la douleur est bien faite pour éloigner de l'idée qu'il s'agit d'une lésion bien limitée.

D'autre part, la présence de gaz en avant et au-dessus du foie ne paraît pas absolument constante, d'après les observations. Elle peut manquer si la perforation s'est faite sur la face postérieure de l'estomac. Les gaz peuvent ne pas se répandre aussi loin, aussi superficiellement, si des adhérences leur ont de suite, après ou avant la perforation, barré la route dans cette direction. Sans compter que la tympanite peut être cause du refoulement en haut du foie et du diaphragme et changer la situation de la zone hépatique.

Dans ces cas obscurs, il reste les caractères du pouls, de la respiration, de la sécrétion urinaire, l'état de la paroi abominale, le facies, la coloration et la température des extrémités, enfin les sensations et les allures des malades.

Le *pouls* est fréquent avec une température normale, ou bien, si celle-ci est un peu au dessus de la normale, il est proportionnellement trop fréquent. Il y a dissociation entre ces deux symptômes ordinairement connexes.

Le *rythme de la respiration* peut être modifié ; elle est plus ou moins surélevée. Il suffit de vingt-cinq inspirations par minute pour donner l'éveil. Cette particularité coïncide généralement avec un peu d'accélération du pouls. Isolée, elle aurait moins de valeur, mais en aurait encore.

La *sécrétion urinaire* est diminuée, parfois supprimée ; signe accessoire à propos duquel je ferai la même remarque

La *paroi abdominale* offre assez souvent une rigidité particulière qui empêche le ballonnement.

Le facies est modifié. Les yeux sont cernés, le teint pâle, pendant la période du choc initial, se plombe rapidement ; mais il y a une particularité importante, c'est le *ton violacé* des téguments de la face (nez et joues) que l'on retrouve aux mains et aux ongles et qui, tout en étant une des manifestations de l'algidité, n'est pas toujours accompagné par un refroidissement marqué des extrémités.

Le refroidissement des extrémités (mains, nez, langue) est toujours un indice de shock grave, même à un faible degré, et comme il *coïncide souvent avec le maintien de la température centrale*, il ne faut pas se laisser détourner des grandes déterminations par cette dernière circonstance. Une température de 38°, dans l'aisselle, n'implique nullement qu'il n'y a pas à craindre un grand péril. La menace est là quand même, et c'est dans l'abaissement de température des extrémités qu'il faut en voir l'expression extérieure.

Enfin, on en est réduit quelquefois à interroger les *sensations* des malades, à en étudier les *allures* Quelques-uns, à défaut d'angoisse proprement dite, éprouvent un malaise indéfinissable ; certains, qui n'éprouvent rien d'anormal, se signalent par de l'*agitation*, mais par une agitation insignifiante en apparence, plutôt même par un besoin inconscient de mouvement ; ils se remuent souvent, mais tranquillement, dans leur lit, ils se lèvent, se promènent malgré la défense qu'on leur en a faite, et quelquefois meurent debout, d'une syncope qui surprend tout le monde.

Comme intervention, M. Le Dentu donne au nettoyage du péritoine à sec, avec des compresses aseptiques, la préférence sur les grands lavages. Il pense que la suture de la perforation devra être pratiquée aussi souvent qu'elle se montrera possible ; mais si la perforation était trop difficilement accessible, mieux vaudrait tamponner la cavité péritonéale en son voisinage et établir en même temps un drainage avec un ou deux gros tubes de caoutchouc. Il repousse absolument le drainage de la perforation elle-même, comme propre à

empêcher ou à retarder le rapprochement des bords de la solution de continuité. Il repousse aussi la fixation de la zone perforée à la paroi abdominale, de manière à établir une fistule stomacale, sauf le cas où la perforation siégerait au voisinage de la grande courbure de l'estomac et où la friabilité de la paroi rendrait la suture trop dangereuse. Alors le drainage du péritoine serait fait quand même à côté de la fistule. Enfin un drainage complémentaire dans la partie basse du ventre par le cul-de-sac de Douglas (Barling), ou par une ouverture sus-pubienne (Bewlby), serait prudent si le petit bassin avait été trouvé rempli de liquide infectieux.

LA CLINIQUE.

Dans son numéro de juin, qui vient de paraître, la Clinique consacre au Dr Paul, notre collaborateur, un article fort acerbe, intitulé : *Ignorance voulue.* Cet article est rempli d'aménités à notre égard, et écrit d'un style peu banal : certains mots surtout ont une saveur !... Cela rappelle à s'y méprendre le fameux Dr Noir. *L'Union Médicale* étant prête à aller sous presse, nous analyserons l'article à notre prochaine livraison. Mais nous conseillons à nos lecteurs d'acheter le numéro de juin de la *Clinique*, (ou de la *Cilnique*, comme ils impriment) ; depuis si longtemps que ce journal n'avait rien publié d'original, il s'est rattrapé. Inutile de vous dire que ceci s'accompagne d'un petit bout de réclame dans un journal du soir. On a des amis ou l'on en n'a pas.

Vient de paraître chez MASSON & Cie, éditeurs :

DRS CRITZMAN et LEGUEU.—**L'Œuvre médico-chirurgicale,** DR CRITZMAN, directeur. No 1 : **De l'appendicite,** par le DR LEGUEU, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 brochure in 8°..... 1 fr. 25

La rapidité avec laquelle naissent et évoluent les nouvelles questions médicades frappe de vieillesse précoce les traités de médecine et de chirurgie les plus récents et les mieux documentés. La collection dont nous avons le premier numéro sous les yeux vient d'être créée pour remédier à cette caducité extrême des livres classiques. Toute question nouvelle, ayant pris corps et vivant de sa propre vie, sera traitée par des savants autorisés ; et cela de telle manière que n'importe quel traité d'une des sciences médicales puisse être tenu au courant, presque au jour le jour, des nouveaux problèmes dont la solution semble actuellement acquise à la biologie phphysiologique ou pathologique.

Le premier numéro est consacré à l'*appendicite*, question tellement discutée, qu'à lire les journaux aucun médecin même très versé dans les récents travaux, ne saurait se faire une opinion claire, précise.

Dans son travail, le Dr Legueu résume d'une manière lumineuse toutes les théories actuelles sur la *pathogénie* de cette affection, toutes les *indications cliniques* et *thérapeutiques* qui en découlent ; mais M. Legueu n'a pas entendu faire une simple œuvre de compilation et de mise au point. Sa propre expérience sur l'appendicite lui a permis de faire une étude critique serrée de toutes les nouvelles données et de les synthétiser dans une série de chapitres d'une division très heureuse. Avec cette monographie l'appendicite est faite, et définitivement.

Il s'agit ici d'un travail personnel en même temps que d'une étude critique et bibliographique ; et c'est ce qui constitue à notre sens la véritable originalité de cette nouvelle collection, destinée à combler un vide réel dans la littérature médicale de nos jours ; car elle a pour but de donner à chaque nouveau problème médical une formule complète classique, de façon à constituer autant de chapitres dignes de figurer dans le meilleur traité de médecine et de chirurgie.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DES SÉCRÉTIONS GÉNITALES DANS LA GROSSESSE ET L'ÉTAT PUERPÉRAL

Par M. WALTHARD

Les recherches entreprises par l'auteur sur l'influence du contenu bactériologique du canal génital de la femme sur l'étiologie de la fièvre puerpérale ont donné les résultats suivants :

Le canal génital d'une femme enceinte n'ayant pas été touché au dernier mois de la grossesse se divise en deux zones.

La première zone : vestibule, vulve, vagin et partie inférieure du canal cervical, renferme des microbes.

La seconde zone, comprenant le reste du col, l'utérus et les trompes, ne renferme pas de microbes.

Cette division tient au bouchon muqueux incessamment renouvelé qui se trouve dans le canal cervical et est sécrété par les glandes de la muqueuse. Manquant d'albumine, ce bouchon constitue, pour les micro-organismes du vagin, un mauvais terrain de culture. La sécrétion continue des glandes favorise l'expulsion du bouchon hors du col. Dans le vagin, le mucus devient un terrain de culture pour les micro-organismes, grâce à son mélange avec les sécrétions vaginales.

Le contact des sécrétions vaginales au niveau de l'orifice externe détermine une leucocytose de la muqueuse cervicale et la phagocytose diminue la quantité des micro-organismes, d'où résulte une diminution de la quantité des germes au-dessus de l'orifice externe. Au point de vue microscopique, on peut diviser la muqueuse cervicale en trois zones.

Dans la zone inférieure, on trouve un mucus homogène, des cellules épithéliales plates, des leucocytes, des micro-organismes du vagin, des cellules épithéliales cylindriques isolées.

Dans la 2e zone, on trouve un mucus homogène, des leucocytes, des cellules cylindriques.

Dans la 3e zone, on ne trouve plus de leucocytes.

Les deux premières zones correspondent au tiers inférieur, la troisième zone au deux tiers supérieurs de la muqueuse.

Que la sécrétion vaginale soit normale ou non, c'est au niveau de la 2e zone que se trouvent les frontières entre la partie du canal renfermant des germes et celles n'en renfermant pas.

Pour ce qui est de l'accouchement, se basant sur l'absence si fréquente des germes dans les lochies de femmes accouchées normalement, d'une part sur la stérilité constatée des lochies de 10 femmes accouchées n'ayant pas été touchées, on peut admettre que dans les accouchements normaux, spontanés, la cavité utérine n'est pas infectée par les voies naturelles. Les mêmes constatations ont été faites sur les animaux par Strauss et Sanchez-Tolédo.

L'écoulement du liquide amniotique réduit au minimum la quantité de germes dans le segment du canal qui en renferme.

Dans l'état puerpéral, la cavité utérine est protégée contre l'immigration spontanée par la colonne muqueuse du canal cervical. La composition physiologique et bactériologique du mucus cervical est, sauf la consistance, la même que dans la grossesse.

La consistance n'est pas gélatineuse, mais sirupeuse.

Les lochies ne dissolvent pas le mucus.

La quantité de micro-organismes, contenus dans la partie du canal qui en renferme, est au début de l'état puerpéral faible, mais augmente avec le temps.

Les micro-organismes pathogènes qu'on rencontre dans la partie fœtale du canal génital sont le streptocoque, le staphylocoque, le gonocoque et le bactérium coli.

L'agent principal de la fièvre puerpérale à tous ses degrés est le streptocoque pyogène. Il a été trouvé 27 fois dans la sécrétion vaginale de cent femmes enceintes n'ayant pas été touchées et ne diffère que par sa virulence de celui qu'on trouve dans les cas de fièvre puerpérale aiguë. Il reste inoffensif dans les tissus de lapins bien portants et vigourenx, comme dans les tissus d'une femme en travail saine.

Les streptocoques du vagin se cultivent bien dans le liquide amniotique; les cultures n'ont pas d'odeur, la virulence n'augmente pas. Ils se cultivent bien aussi dans les lochies. Les cultures ne sentent pas mauvais; leur virulence augmente légèrement sans atteindre jamais la gravité des streptocoques provenant d'un processus puerpéral suivi de mort.

Le bactérium coli peut se trouver en abondance dans les sécrétions vaginales. Il produit dans le liquide amniotique des gaz fétides. Transporté dans les lochies stériles, il les colore en brun et vert et les rend fétides.

Les lochies fétides des tissus vivants ne sont pas dues au streptocoque, le bactérium coli peut en être la cause. L'odeur fétide n'implique pas une infection grave.

1° Les streptocoques du vagin agissent comme saprophytes (sans virulence) par les produits qu'ils sécrètent et qui sont résorbés en cas d'élimination insuffisante hors de l'organisme (toxémie ou fièvre de résorption).

Le défaut d'élimination chez les accouchées dans leur lit avec des organes génitaux anatomiquement normaux, se produit dans la cavité utérine. La rétention, dans l'état puerpéral est causé par :

a) anté ou rétroflexion prononcée de l'utérus ;

b) rétention partielle du placenta ou des membranes ;

c) pendant le travail, par la rupture prématurée des membranes et le travail prolongé.

L'infection de la cavité utérine se fait :

a) par l'intermédiaire des mains ou des instruments ;

b) par immigration spontanée, pendant le travail, le long des parties fœtales ou ovulaires procidentes, pendant les suites de couches le long des débris de l'œuf retenus et s'étendant, à travers le col, de la cavité utérine au vagin.

2° Les streptocoques du vagin agissent comme parasites virulents quand les tissus sur lesquels ils vivent ont perdu leur résistance. L'accouchement peut produire ce résultat localement par les troubles de nutrition des tissus comprimés.—(*Revue des mal. des femmes.*)

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE : DÉVELOPPEMENT D'ENFANTS D'UN POIDS EXTRÊMEMENT FAIBLE.

Dans une étude sur la syphilis héréditaire publiée par les *Annales de la société médico-chirurgicale de Liége*, M. le Dr Troisfontaines signale le s d'un enfant qui malgré un poids extraordinairement petit à sa naissance riva à se développer : il rappelle à ce propos les cas de ce genre déjà publiés.

L'enfant dont il s'agit, né à 7 mois d'un père et d'une mère syphilitiques, put être pesé le jour même de sa naissance, mais. arrivé au vingt-cinquième ır et alors que son aspect s'était déjà modifié sensiblement sous l'influence de liqueur de Van Swieten, il pesait 750 grammes (sept cent cinquante grammes).

La liqueur de Van Swieten lui avait été administrée à la dose de 20 gouttes

dans les vingt-quatre heures et la médication avait été commencée huit heures seulement après la naissance.

Dès le lendemain de sa naissance, l'enfant présenta des bulles de pemphigus sur la plante des pieds et le bas des jambes, régions qui furent, jusqu'à guérison de ce processus, enveloppées simplement d'ouate au sublimé.

A sept semaines le lait de la mère étant peu abondant et de médiocre qualité et ne pouvant, à cause des occupations de cette dame, être donné à intervalles réguliers, on y joignit l'usage du lait de vache stérilisé au bain-marie dans le biberon même, fermé à l'aide d'un tampon d'ouate. Les biberons ainsi utilisés étaient des biberons de poupée d'une contenance de 28 grammes. Ils étaient au début donnés pleins aux deux tiers (18 grammes), le lait étant additionné d'un tiers d'eau. Bientôt ils furent donnés remplis ; ils furent utilisés pendant trois mois et demi. L'enfant en prenait neuf à dix par jour et était mis à trois ou quatre reprises au sein maternel.

La liqueur de Van Swieten, dont la dose fut tantôt portée à 25 gouttes, tantôt abaissée à 10, fut imperturbablement continuée pendant six mois et reprise deux ou trois fois depuis lors en l'alternant avec le sirop de Gibert.

Petit à petit le sujet s'est développé convenablement, quoiqu'ayant présenté deux fois du catarrhe intestinal assez prononcé. A 7½ mois il a cessé de prendre le sein et a été nourri exclusivement au biberon. Il a marché à dix-sept mois; à vingt-trois mois et quatre jours il pesait 11 kilogr. 650 grammes et avait 73 centimètres de hauteur. Il mesure actuellement, à deux ans et neuf mois et demi, 80 centimètres et pèse 13½ kilogr.

Il a le front large et saillant, mais ne présente aucune malformation, ses dents sont belles et bien plantées, il parle assez couramment et en somme n'offre rien qui le distingue de la généralité des enfants du même âge.

Ce cas est extrêmement intéressant, puisqu'il montre les services que peut rendre le lait stérilisé dans l'élevage des enfants les plus compromis. M. Troisfontaines cite ensuite les faits suivants qu'il rapproche de ce cas.

Villemin a présenté, en 1894, à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, l'observation d'un enfant pesant 955 grammes, trois jours après sa naissance, et seulement 900, le sixième, né après 24 à 26 semaines de grossesse, placé au bout de quelques heures dans la couveuse d'Arsonval chauffé à 37° centigrades. Cet enfant fut nourri pendant les six premières semaines de lait de femme donné à la cuiller et fut ensuite mis au sein. La sortie définitive de la couveuse eut lieu après deux mois et demi et après divers incidents le bébé a pu s'élever normalement.

A l'occasion de cette communication, Maygrier a signalé la présence, dans son service de la Pitié, d'un enfant né depuis 7 jours, à six mois, ne pesant plus que 770 grammes, mais en état de mort imminente, il est vrai.

Charpentier a vu s'élever un enfant de six mois, du poids de 1040 grammes, qui put prendre le sein au bout d'une huitaine de jours déjà.

Le docteur van Audenaeren, de Tirlemont, a vu un enfant, né vers le huitième mois de la grossesse, pesant 1000 grammes, qui, dès la fin du second jour pût déjà téter un peu et que des accès de spasme glottique mirent le troisième jour à un doigt de la mort. Le dixième jour cependant, le sujet pesait déjà 1300 grammes. Il a actuellement plus de trois mois.

D'autres exemples de survie plus étonnants encore sont relatés dans un travail de Miller : en voici quelques-uns !

Rochester a vu un enfant né après vingt-deux semaines de grossesse, pesant une livre (1), pouvant avaler du lait et vivant treize heures. Barker cite le cas d'un nouveau-né, venu au monde dans la vingt-troisième semaine de la gestation, du poids d'une livre, long de onze pouces et atteignant l'âge de

(1) La livre anglaise vaut près de 454 grammes seulement, mais Miller ne dit pas si il s'agit de cette livre ou de la livre allemande valant comme la nôtre 500 grammes. (L'auteur.)

quatre ans et demi. HOME a connu un enfant de dix-huit semaines seulement, pesant aussi une livre, long de huit pouces, mort à huit ans et ne mesurant à cette époque que vint-deux pouces. WILLING a observé un prématuré de vingt-deux semaines, d'une livre et quart, vivant quarante-quatre heures. HOLST rapporte qu'un enfant d'une livre et demie vécut six heures. ANAN relate l'observation d'un avorton pesant aussi une livre et demie, vivant quatre mois et atteignant quatre livres à l'époque de sa mort. REDMAN a soigné un enfant de vingt-six semaines, du poids d'une livre et demie également, long de treize pouces, ayant survécu quatre mois. D'OUTREPONT a connu un enfant né vers la vingt-septième semaine, pesant comme les trois précédents une livre et demie, parvenu à l'âge de onze ans, mais paraissant alors n'en avoir que sept. BÄKER parle d'un nouveau-né de vingt-six semaines, pesant une livre trois quarts, survivant six semaines. CULLINGWOOD a vu une fille de vingt-huit semaines, de quatorze pouces de long, pesant deux livres, nourrie de lait de vache, mourir à six semaines, et KOPP signale un enfant de deux livres et demie, long de onze pouces et demi, survivant plusieurs semaines.

Ces exemples constituent uniquement des curiosités, cela va de soi, et il est, en somme, extrêmement rare qu'un enfant au-dessous de 1000 grammes puisse survivre.

Quoi qu'il en soit, la très heureuse influence, l'absolue nécessité même de la chaleur pour les nouveau-nés chétifs, est entièrement hors de conteste. BUDIN a montré que, depuis l'emploi de la couveuse, la survie des enfants de six mois nés à la Maternité de Paris, est actuellement de 30 o/o au lieu de 0, qu'elle atteint 63,6 o/o au lieu de 39 à sept mois, et 85,7 o/o à huit mois Enfin, CRÉDÉ, sur un total de vingt-quatre enfants de 1,000 à 1,500 grammes, placés dans son berceau incubateur, a noté quatre survies.— *Journal de médecine pratique.*)

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES FISTULES GÉNITO-URINAIRES CHEZ LA FEMME

(*Thèse de St-Petersbourg*, 1896.]

KOUNTCHIWRITSCH, en partant de ce point de vue que très souvent c'est l'insuffisance de tissu qui est cause de l'échec de l'opération, eut l'idée de recourir dans tous les cas, même les plus graves, au procédé à lambeau, recommandé, il y a environ quarante ans, par Gerdy et Collin, en le modifiant quelque peu.

En opérant, l'auteur cherche à n'enlever rien, autant que possible ; il sépare la cloison vésico-vaginale dans le pourtour de la fistule et réunit ensuite les lambeaux. La direction dans laquelle les bords doivent être réunis est en rapport direct avec l'étiologie de la fistule. Si celle-ci s'était formée, comme cela arrive dans l'immense majorité des cas, à la suite d'un accouchement prolongé, on fera la réunion dans le sens transversal; si, au contraire, la fistule résulte par exemple d'un pessaire oublié, la réunion sera faite dans le sens longitudinal.

Le travail de l'auteur contient 29 observations concernant les malades opérées d'après ce procédé conservateur. Voici les résultats obtenus : Sur 22 malades avec des fistules *faciles à opérer*, 18 ont guéri complètement, 1 a été améliorée, 1 est restée dans le même état et 2 n'ont conservé qu'une fistule filiforme. Sur 7 malades avec des fistules *difficiles à opérer*, 3 ont guéri, 3 ont été considérablement améliorées et 1 est restée dans le même état.

L'auteur considère comme un avantage tout particulier de cette méthode, c'est que le champ opératoire reste libre et qu'on peut par conséquent, le cas échéant, répéter l'opération d'après n'importe quel procédé.

En effet, l'auteur opéra un certain nombre de malades plusieurs fois et est arrivé à obtenir la guérison après la troisième ou quatrième tentative opératoire.

En tout cas, il faut noter ce point que pas une malade ne vit son état aggravé. —*Rev. de Thér. Méd. Chir.*

ACTION ANTIGALACTAGOGUE DU CAMPHRE

(*Société de Médecine de Nancy*, 29 décembre 1896)

M. A. Herrgott fait une communication sur l'emploi du camphre comme médicament antigalactagogue.

Quand, pour une cause ou pour une autre, le médecin est obligé de supprimer l'allaitement, ordinairement on diminue la quantité des boissons que la femme prend habituellement, on administre en outre de légères purgations, on recouvre les seins avec de l'ouate après avoir fait sur ces organes des onctions avec un liniment camphré ou avec de l'huile de chènevis chauffée ; mais tous ces moyens ont une action plutôt morale qu'effective et ils sont surtout propres à calmer les préjugés des femmes qui redoutent les dangers imaginaires d'un lait "résorbé." En fait, le lait diminue peu à peu quand l'enfant n'est pas mis au sein, quand il tète mal ou qu'il ne tète plus.

En 1890, Pyan Tennisson faisait connaître les bons effets obtenus avec l'antipyrine comme agent antigalactagogue. Dans six cas où ce médicament avait été employé à la dose de 1 gr. 20 à 60 centigrammes par jour et à trois ou cinq reprises, il avait vu la sécrétion lactée diminuer presque complètement chez cinq de ses accouchées. Malheureusement les résultats obtenus par d'autres expérimentateurs n'ont pas toujours été aussi satisfaisants. M. A. Herrgott a employé plusieurs fois l'antipyrine comme moyen antigalactagogue sans parvenir à tarir la sécrétion du lait. Pour arriver au but proposé, on a été obligé d'augmenter notablement les doses d'antipyrine : il y avait alors une transpiration abondante de nature à diminuer la quantité du lait. Mais l'antipyrine employée ainsi à fortes doses n'est pas sans présenter de véritables dangers, aussi a-t-il renoncé complètement à en faire usage comme antigalactagogue.

Le médicament que M. A. Herrgott emploie est le camphre, et les résultats qu'il a obtenus sont tout à fait de nature à en recommander l'usage. Il le prescrit à la dose de 60 centigrammes par jour, en trois fois, par cachets de 20 centigrammes (3 grains), et cela pendant trois jours. Dans une trentaine de cas où le camphre a été employé dans ce but, la sécrétion a presque toujours diminué d'une façon tout à fait remarquable.—(*Rev. de Thér. Méd. Chir.*

DE LA MORT APRÈS LA LAPAROTOMIE.

M. Fritsch (Bonn), *Bull. Méd.*—La mort survenue à la suite de la laparotomie a été, depuis trente ans, interprétée de façons très diverses. A l'ancienne théorie de la péritonite purulente, Marion Sims a substitué ce que nous appelons la péritonite septique, qui est caractérisée par l'injection du péritoine, la congestion de l'intestin, le tympanisme et l'exsudat séro-sanguinolent peu abondant.

Mais il est inexact de considérer ces cas comme une simple septicémie. Aujourd'hui l'antisepsie et l'asepsie ne sont plus un monopole. Ce qui le montre, c'est l'amélioration des résultats obtenus de tous côtés Cependant il faut reconnaître qu'on n'obtient pas une asepsie absolue, au sens de la bactériologie. Si on pratique l'une après l'autre deux ou trois laparotomies, on en voit succomber une, et cependant la préparation, l'exécution de l'opération sont les mêmes ; les cas sont semblables.

Pour une même manière d'agir, les résultats sont variables suivant les tissus, suivant les individus ; leur résistance vis-à-vis des bactéries est inégale. On n'a jamais vu de maladie pestilentielle tuer absolument toute une population. Les conditions extérieures restant les mêmes, tous les individus ne succombent pas au choléra, au typhus. On voit même les bactéries de ces dernières maladies se rencontrer chez des individus bien portants.

Pour les laparotomisées, il n'y a pas de conclusions absolument générales. Le péritoine, l'organe essentiel dans ce cas, donne lieu à des évolutions physiologiques et pathologiques rapides. Il résorbe rapidement ; il met rapidement les microcoques hors d'état de nuire, c'est-à-dire qu'il les absorbe et les déverse dans le torrent circulatoire, milieu extrêmement antiseptique.

Mais pour que les microcoques soient ainsi détruits il faut : 1° qu'ils ne soient pas trop nombreux ; 2° que la circulation soit normale et le cœur en bon état ; 3° que les fonctions du péritoine soient conservées grâce à un état anatomique normal. Si les opérations faites par la voie vaginale donnaient des résultats supérieurs à la laparotomie, malgré leur durée et les hémorragies, c'est parce qu'elles respectaient le péritoine qui n'était ni refroidi, ni modifié dans ses conditions de pression.

Nous pouvons constater souvent les fâcheux effets de l'ouverture du péritoine : les vaisseaux se dilatent ; il s'y fait de la stase circulatoire. Il en résulte des modifications du péristaltisme et des fonctions de la muqueuse intestinale : il se produit des gaz, une exagération de la pression intestinale ; la paroi de l'intestin devient perméable aux bactéries.

Ces altérations spontanées du péritoine, on les provoque encore par ce qu'on a appelé la toilette du péritoine, qu'on lave, qu'on soumet à l'action d'agents chimiques. Les bactéries que l'opération a pu amener, ne sont plus entraînées ; elles trouvent dans le péritoine ainsi modifié un bon milieu de culture.

En général, l'intestin affaibli pendant l'opération ne tarde pas à revenir à l'état normal dès qu'il se retrouve dans ses conditions physiologiques. Mais les légers symptômes rappelant l'iléus, que l'on observe après les laparotomies graves, indiquent la lésion fonctionnelle du péritoine. Au bout de vingt-quatre heures, l'intestin a repris ses fonctions, et si le cœur est vigoureux et le pouls normal, il ne subsiste aucun danger ; mais il n'en est pas de même dans le cas contraire.

Ainsi, sans parler de l'infection, le danger post-laparotomique a deux causes reliées ensemble : la faiblesse cardiaque d'une part, l'altération des fonctions péritonéale et intestinale d'autre part. Le danger n'est pas hors de l'organisme, mais, au contraire, en lui. Le danger de l'infection n'est pas seul à craindre, mais encore l'affaiblissement de la résistance générale et locale. Les laparotomisées ne meurent pas parce qu'elles sont septicémiques, mais elles deviennent septicémiques parce qu'elles meurent ou pendant qu'elles meurent.

Lawson Tait, Kœberlé et autres n'ont jamais fait d'antisepsie. S'ils ont eu d'aussi bons résultats, c'est parce que leurs opérations rapides, bien dirigées, diminuaient peu la vitalité générale et locale de leurs opérées

Chacun de nous peut s'en convaincre en examinant, non une statistique générale, mais sa statistique personnelle d'opérations graves. Ainsi Schrœder a pour les ovariotomies une mortalité de 4 o/o et pour les myotomies une mortalité de 33,3. Pourquoi ? L'antisepsie est la même, mais la durée de l'opération, et, par conséquent, les dangers centraux et périphériques augmentent dans les interventions laborieuses.

Chaque chirurgien voit sa statistique s'améliorer progressivement, à mesure qu'il opère mieux. Chacun a une préférence pour un procédé particulier, qu'il étudie expérimente et dans lequel il prend une supériorité technique. Pour lui, ce procédé devient le procédé le meilleur, dans lequel on ne perd pas de temps et on ne fait rien d'inutile. L'habileté technique ainsi acquise est la cause de meilleurs résultats obtenus. Aussi l'opérateur n'hésite pas à proclamer la supériorité de sa manière de faire, et il engage avec les contradicteurs une polémique à ce sujet plus ou moins ardente suivant son tempérament.

Que ce procédé soit le meilleur pour lui, c'est certain ; pour les autres, ce l'est moins. Car ce n'est pas le procédé qui assure le succès, mais l'expérience qu'en a le chirurgien. C'est pourquoi on a vu avec des méthodes fort diverses des résultats s'améliorer de tous côtés. Aussi une statistique générale a-t-elle

peu de valeur pour démontrer la supériorité d'une méthode et les statistiques particulières sont plus instructives.

Pour revenir à la clinique, voici ce qui se passe après une laparotomie malheureuse : la malade est anxieuse à son réveil ; la respiration est un peu difficile, ce que l'on met sur le compte du pansement. Le symptôme caractéristique est la faiblesse du cœur, la rapidité du pouls. L'abdomen est tendu, le visage est pâle, il y a de la soif et des vomissements. Le tympanisme augmente et le pouls est de plus en plus mauvais.

Ce sont là des symptômes d'iléus, mais il n'y a pas d'obstruction Ce sont des symptômes péritonitiques, mais il n'y a pas de péritonite purulente, car il n'y a ni fièvre, ni sensibilité à la pression. Il n'y a point de septicémie et le sensorium n'est pas altéré. La septicémie peut bien avoir lieu sans fièvre, mais les cas dont je parle guérissent souvent avec un traitement approprié.

Mais s'il n'y a pas relèvement du pouls et diminution du tympanisme, le second ou le troisième soir on voit s'allumer une légère fièvre qui s'accroît à la fin de la vie. Alors les malades sont envahies par la septicémie ; mais le trouble le plus grave ce n'est pas la fièvre, c'est la faiblesse cardiaque.

Si ma manière de voir est juste, quand on se trouve en face d'un cœur faible ou affaibli, quand il y a thrombose après une pneumonie ou l'influenza, il ne faut pas opérer, mais attendre. Avant une opération, il faut s'abstenir de tout ce qui peut affaiblir : bains frais, diète, purgatifs énergiques. La technique opératoire doit être bonne et le traitement consécutif soigneux. Les lavages de l'estomac, les lavements chauds, les toniques sous-cutanés, la quinine, etc., combattent la faiblesse.

Il y a trente ans, les chirurgiens de la vieille école, bons anatomistes et versés dans la médecine opératoire, opéraient habilement et leurs malades succombaient. Il s'est fait une réaction et on a dédaigné l'habileté technique, l'expérience, la science et même les connaissances anatomiques. Grâce à l'antisepsie, il a semblé inutile d'opérer rapidement et habilement. L'antisepsie seule est nécessaire, dit-on.

Il faut réagir contre cette tendance. Il faut répéter que la technique, l'habileté l'expérience ont une grande importance pour le succès.

Il serait avantageux qu'en gynécologie la technique opératoire fût fixée par des règles précises, comme elle l'est en chirurgie. Ce progrès sera peut-être réalisé dans trente ans.—(*Rev. des Mal. des femmes*).

DES MÉDICAMENTS CONTRE-INDIQUÉS DANS LA GROSSESSE

Il faut placer en tête des médicaments dangereux, pendant la grossesse, le salicylate de soude, qui est très énergique comme emménagogue ; on peut d'ailleurs s'en servir avec succès pour ramener la menstruation des aménorrhéïques. —La même réserve sera observée à l'égard du salol et de l'acide salicylique.

L'ergot de seigle, l'ergotine, l'ergotinine sont à redouter, cela est de règle. On se méfiera également des purgatifs et des dérivatifs, surtout dans les 3 ou 4 premiers mois de la grossesse. Les révulsifs, tels que sinapismes, sangsues, seront écartés de parti pris ; s'ils ne sont pas sûrement abortifs, ils constituent en tout cas un danger. On prescrira plutôt des lavements et des poudres laxatives.

Les abortifs tels que le safran, l'absinthe, l'armoise, la rue, le tabac... sont peu dangereux. Il n'en est pas de même de l'acide oxalique et du sulfure de carbone, qui ont été quelquefois donnés par inadvertance dans un but curatif. Chez les femmes qui nourrissent on devra supprimer l'antipyrine et la cocaïne qui sont antigalactogogues.—(*Rev. des Mal. des Femmes.*)

REVUE D'HYGIÈNE

LA FILTRATION DE L'EAU

La mauvaise qualité de l'eau de boisson est une cause de maladie ; ceci est une vérité dont la preuve n'est plus à faire. Nous croyons donc inutile de nous attarder à démontrer la nécessité de la filtration de l'eau. Nous préférons renvoyer le lecteur à la livraison de juillet 1896 de l'*Union Médicale*, page 427, où nous avons dit quelques mots de la prise d'eau, des qualités de l'eau potable, de la contamination de l'eau dans le sol, ainsi que de l'eau et des maladies ; il y verra que l'eau pure est une des premières nécessités de la vie. D'ailleurs, sans chercher de longs raisonnements, tout le monde d'instinct aime à boire de la bonne eau.

Pour que l'eau soit pure au sens stricte du mot, c'est-à-dire, que, tout en ayant une belle couleur, elle ne contienne aucun germe, il faut qu'elle soit filtrée,

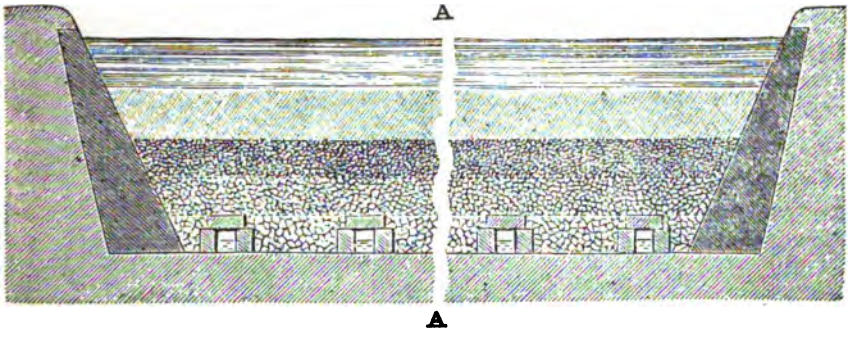


Fig. I.—Filtre de la compagnie Lambeth, de Londres—type ordinaire des filtres en Europe. (Pour réduire la figure, seules les deux extrémités du filtre sont représentées, comme l'indique la cassure A A.)

car l'on n'est jamais sûr de la pureté d'approvisionnement de l'eau, à moins de le prendre à la source même, ce qui n'est pas toujours facile. Cette question de la filtration de l'eau, l'une des plus importantes de l'hygiène publique, a été l'objet de recherches nombreuses et de discussions souvent renouvelées. On commence aujourd'hui à s'accorder sur les points principaux, mais ce serait une erreur d'affirmer que la question est complètement résolue, et que les moyens d'action conseillés ont une efficacité parfaite. Ils offrent cependant des garanties suffisantes pour en justifier l'emploi.

Nous ne saurions mieux mettre nos lecteurs à même d'en juger qu'en leur plaçant de nouveau sous les yeux l'étude intéressante publiée par le secrétaire du Conseil d'Hygiène de la province de Québec, dans le deuxième rapport du Conseil, pages 15 et suivantes. C'est un exposé clair et concis de l'état actuel de la question.

"La filtration de l'eau a pour but d'enlever à l'eau les matières organiques mortes et les matières organiques vivantes (bactéries).

"A. FILTRES A SABLE.—Le filtrage au sable est presqu'universellement considéré comme le meilleur procédé pour la filtration des eaux en grand,—filtres municipaux. Les microbes ne sont pas entièrement détruits par le filtrage au sable, mais, cependant, par un filtre bien fait et bien conduit, le nombre enlevé est de 98 à 99 par cent.

"CONSTRUCTION.—Les filtres à sable consistent dans de grands bassins contenant une épaisseur de sable variant de 4 à 5 pieds, au travers duquel passe l'eau pour arriver aux conduites de collection, disposées au fond du bassin. Ces conduites amènent l'eau au réservoir d'où on la distribue. Le sable employé dans la composition du filtre n'est pas de grosseur uniforme Dans un des filtres de Berlin, on emploie du sable de quatre grosseurs différentes. L'épaisseur du sable y est de 4 pieds, dont 2 pieds sont de sable fin, puis un pied de sable grossier mélangé de gravier, puis, enfin, un pied de gros cailloux placés immédiatement au-dessus des conduites de collection de l'eau D'après Guinochet, la vitesse avec laquelle l'eau doit passer est de 10 pieds par jour. On régularise cette vitesse, en ouvrant plus ou moins les robinets de sortie et en maintenant une couche plus ou moins épaisse d'eau à la surface du sable.

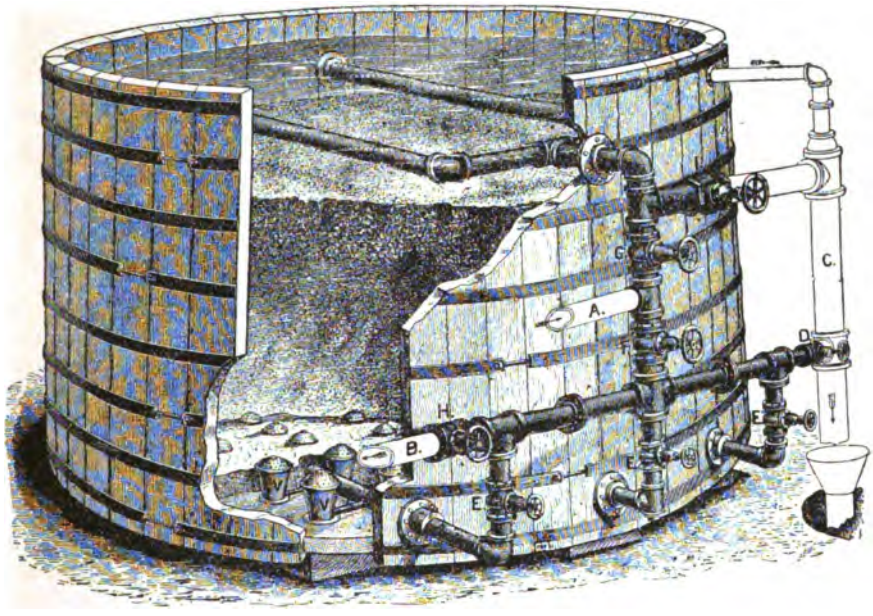
" 1ère théorie.—En France, en Allemagne et en Angleterre, où il existe un grand nombre de filtres à sable, on attribue le pouvoir filtrant non au sable mais à la couche de limon—matières organiques en grande partie vivantes : bactéries—que l'eau dépose sur le filtre ; le sable ne servirait que de support à cette couche organique renfermant les bactéries. C'est donc un filtre vivant. Sous l'influence des bactéries, la décomposition des matières organiques que contient l'eau se continue (l'eau est généralement environ 6 heures en contact avec la couche microbienne), et un grand nombre de bactéries elles-mêmes sont détruites par l'oxydation. Les partisans de cette théorie attachent donc une très grande importance à ce qu'il n'y ait pas de solution de continuité dans la membrane microbienne, et on ne livre à la consommation que l'eau qui a passé à travers le filtre après que cette membrane a été formée. Nous verrons plus loin comment on procède.

" 2de théorie.—C'est celle dont la station expérimentale du Conseil d'Hygiène de Massachusetts est l'auteur. Ici, on n'attache pas d'importance à la couche de limon que dépose l'eau à la surface du sable. On cherche avant tout à emmagasiner autant d'air que possible entre les grains de sable dans toute l'épaisseur du filtre, afin d'y activer l'oxydation des matières organiques ; oxydation qui est favorisée par les bactéries qui accompagnent la matière organique dans son passage à travers le filtre et aussi par celles qui se trouvent naturellement dans le sable. Afin d'obtenir cette oxygénation du sol, on ne fait travailler le filtre que d'une manière intermittente ; le filtre ne fonctionne que 16 heures en moyenne sur 24, et l'eau en recédant fait place à l'air. La diminution des bactéries s'expliquerait par la destruction des matières organiques, les bactéries ne pouvant survivre à la destruction de ces matières qui faisaient leur nourriture. On a calculé que le filtre de Lawrence réduit le nombre de bactéries à 150 par centimètre cube, de 9,000 qu'il était avant le filtrage.

" Suivant que l'on adopte l'une ou l'autre de ces théories, le mode d'entretien d'un filtre varie beaucoup. Pour ceux qui adoptent la première théorie, le filtre demande la plus grande attention. Guinochet décrit le procédé suivi pour mettre le filtre en fonctionnement :

" On commence par y faire pénétrer, de bas en haut, de l'eau du réservoir d'eau pure, (déjà filtrée), et cela lentement jusqu'à ce qu'elle dépasse un peu la couche supérieure de sable fin et ait chassé l'air contenu dans les matériaux neufs. On ferme alors la conduite d'eau pure et on fait arriver l'eau brute, cette fois, à la surface du filtre, jusqu'à ce qu'elle atteigne la cote de un mètre au-dessus de cette surface. Les choses restent ainsi pendant au moins vingt-quatre heures, afin que les matières contenues dans l'eau puissent se déposer à la surface du sable, sous forme d'une membrane mince à pores très fins. Alors on ouvre peu à peu la communication avec le réservoir d'eau pure, et on laisse arriver lentement aussi l'eau à filtrer sur le filtre ; on opère ainsi avec la plus grande lenteur, afin de ne pas déchirer la membrane mince de la surface, qui est, comme nous le verrons tout à l'heure, la véritable partie filtrante. Au fur et à mesure du fonctionnement du filtre, cette membrane devient de plus en

plus épaisse par l'apport de nouveaux matériaux ; il faut, par conséquent, ouvrir de plus en plus les robinets d'arrivée et de sortie, et augmenter par suite la hauteur de l'eau au-dessus du sable fin, la seule règle à observer est d'avoir toujours une vitesse uniforme de 125 mm. par heure pour l'écoulement de l'eau filtrée. Dans un travail tout récent, R. Koch conseille même de ne pas dépasser la vitesse de 100 mm. ; si on augmente trop brusquement la pression, ou même sans à coups, lorsque au bout d'un certain temps, on est obligé, pour maintenir même la vitesse de 100 mm. d'avoir une trop grande épaisseur d'eau, il arrive que la membrane filtrante se rompt et alors l'eau filtrée est contaminée. Il convient, à ce moment, de procéder au nettoyage du filtre. Pour cela, on fait écouler l'eau qu'il contient par une conduite spéciale ; on enlève à la pelle la membrane vaseuse brunâtre qui recouvre la surface, ainsi que deux on trois centimètres de sable fin ; et le filtre est remis en fonctionnement avec les mêmes



(N. Y Filter Co.) FIG. II.

Fig. II —Filtre mécanique (parois en bois). A. tuyau d'arrivée de l'eau. B, tuyau de sortie de l'eau filtrée. V V, orifice des conduites de collection E E E.

précautions que la première fois. On peut enlever ainsi, par des nettoyages successifs, la moitié et même les deux tiers de la couche de sable fin avant d'avoir besoin de la renouveler entièrement. Quant au sable sali, on le soumet à des lavages fait à l'aide de tambours du système Piefke, pour le réemployer plus tard."

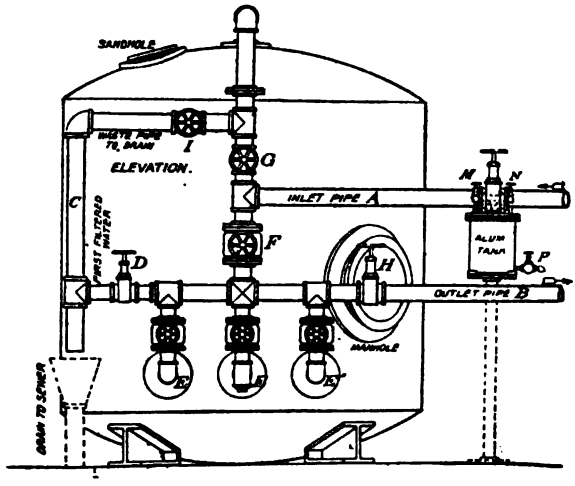
"Pour les filtres opérés d'après la théorie de la Station Expérimentale de l'Etat de Massachusetts, l'entretien est plus facile. Comme on n'attache ici aucune importance à avoir une couche de limon homogène SANS FISSURES, le raclage de la surface entière du filtre ne se fait pas tout à la fois. On procède par section et de manière à ce qu'il s'écoule deux mois entre deux raclages d'une même section. Les six heures pendant lesquelles le filtre ne travaille pas, chaque jour, suffisent pour permettre ces raclages successifs.

"B. AUTRES PROCÉDÉS POUR LA PURIFICATION DE L'EAU.—Quelques hydrologues, partisans de la première théorie—filtration par la couche bactérienne qui se dépose à la surface du sable—craignant, qu'entre des mains inexpérimen-

tées, l'entretien de ces filtres laisse à désirer, et l'on obtienne ainsi rarement une membrane bactérienne sans solution de continuité. condition essentielle de son efficacité, favorisent le remplacement de cette couche bactérienne par une couche minérale. Parmi les filtres de ce genre se trouvent le filtre Anderson, dans lequel la substance minérale employée est le fer, et le filtre dit filtre mécanique, dans lequel on emploie l'alun.

" L'APPAREIL ANDERSON (voir deuxième rapport du Conseil, pages 26, 27) d'après Guinochet, serait le plus efficace.

Dans le cylindre, le fer venant en contact avec l'oxygène de l'eau, il se forme des sels ferreux solubles. A la sortie du cylindre, par la disposition en cascade du BASSIN D'AÉRATION, les sels ferreux solubles deviendraient des sels ferriques insolubles, sesquioxyde de fer à l'état gélatineux, qui agit à la fois comme oxydant de la matière organique morte ou vivante (bactéries), et aussi mécaniquement, en entraînant, par collage, les matières en suspension. Ce sont ce sesquioxyde de fer gélatineux et les matières organiques qu'il a agglutinées qui, en passant des bassins de décantation dans le FILTRE A SABLE, forment à la surface du sable la membrane filtrante, que le sable ne servirait qu'à supporter. Dans le procédé Anderson, la membrane filtrante est donc une couche consti-



(N. Y. Filter Co.) FIG. III.

Ftg. III.—Même filtre (parois en fer). On indique ici le réservoir d'alun (*alun tank*), greffé en M et N sur le tuyau d'arrivée de l'eau : *Inlet pipe. Sand Hole :* trou à sable. *Manhole :* regard. *Drain to sewer :* Drain aboutissant à l'égout. *Inlet pipe :* tuyau d'arrivée de l'eau. *Outlet pipe :* tuyau de sortie de l'eau filtrée.

tuée par l'oxyde de fer gélatineux et des matières insolubles mortes qu'il a agglutinées, les microbes ayant été détruits antérieurement, au moins pour la plus grande part.

" Avec le procédé Anderson, la teneur en microbes *immédiatement au sortir des filtres*, aurait été réduite à 4 ou 6 microbes par centimètres cube d'eau

Le filtre connu sous le nom de FILTRE MÉCANIQUE (figure II et III) peut être classé au nombre de ceux pour lesquels on réclame l'avantage de remplacer la couche microbiennne filtrante par une membrane en grande partie minérale. Dans le filtre mécanique, c'est l'alun (sulfate d'alumine) que l'on emploie à dose dépassant rarement ½ grain pour un gallon d'eau. L'alun ferait dans ces filtres le *même collage* que fait le fer dans le procédé Anderson. D'après des expé-

riences faites à Providence " 92 à 99 pour cent et même plus des bectéries sont éliminées par la filtration mécanique avec emploi d'alun." (1)

" C. FILTRES DOMESTIQUES.—Le filtre " Chamberland-Pasteur " se compose essentiellement d'une bougie en porcelaine dégourdie à travers laquelle l'eau passe et se trouve purifiée. Le filtre Berkfeld a la même forme, mais la bougie est en terre d'infusoires. Cette terre d'infusoires est très fragile. Enfin dans le filtre Mallié, même forme encore, la bougie filtrante est en amiante dont on

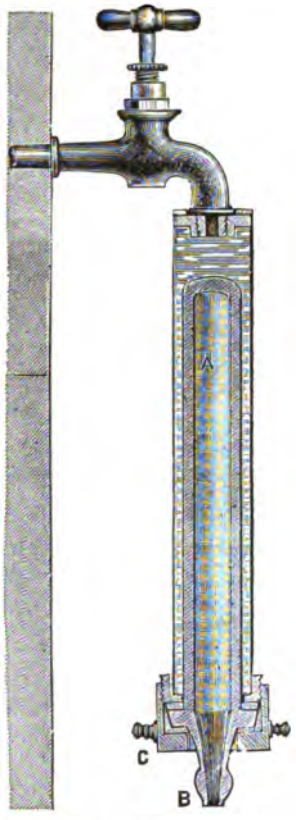


Fig. IV.—Filtre Chamberland-Pasteur *sous* pression. L'eau entourant la bougie pénètre dans son intérieur A, et sort purifiée à l'extrémité inférieure B

Fig. V.—Filtre Chamberland-Pasteur. Filtre de ménage *sans* pression. Dans le compartiment supérieur, les bougies reliées à un tube abducteur, plongent dans l'eau à filtrer. Le tube conduit l'eau filtrée dans le compartiment inférieur ou réservoir.

a fait par la cuisson une porcelaine poreuse. Les pores de la porcelaine d'amiante seraient plus petits que les pores de la porcelaine d'argile du filtre Chamberland-Pasteur.

" Ces filtres sont tous recommandables, mais nous ne pouvons pas dire jusqu'à quel point ils le sont également, car chacun d'eux a ses partisans parmi les hygiénistes. Cependant le fait que le filtre Chamberland-Pasteur est celui que

(1) Hazen, dans " La Technologie Sanitaire," Bruxelles, 1896.

l'on emploie de préférence dans le service d'un laboratoire est un grand point en sa faveur.

"Quelque soit celui de ces trois filtres que l'on emploie, il faut le nettoyer régulièrement si on veut avoir une eau stérile. autrement, il arrive que l'on constate des bactéries dans l'eau, soit que les bactéries viennent à passer (ce que tous n'admettent pas), soit que les bactéries, qui se trouvent dans le limon qui colle à la surface de la porcelaine, peuvent proliférer de proche en proche à travers la porcelaine et arriver ainsi dans l'eau filtrée.

"Le nettoyage de la bougie peut se faire à l'aide d'une brosse (1) sous un courant d'eau, puis on la stérilise en la plongeant dans de l'eau bouillante dans laquelle on la laisse séjourner pendant trois ou quatre minutes. On peut également stériliser la bougie en la flambant au-dessus d'un bec de gaz ou de la lampe à alcool ; mais si la bougie n'a pas été au préalable soigneusement séchée, ce flambage l'expose à se casser. S'il s'est produit des incrustations à la surface de la porcelaine, on plonge la bougie dans de l'acide chlorhydrique Guinochet recommande pour la stérilisation de la bougie le lavage dans une solution de permanganate de potasse à 1/1000e. Il est bon de brosser le filtre tous les jours, et de le stériliser une fois par semaine.

"AUTRES FILTRES DOMESTIQUES.—Il faut se défier de la plupart des filtres que l'on trouve dans le commerce. La plupart du temps, l'eau qu'ils débitent est plus impure à la sortie qu'elle ne l'était à son entrée dans l'appareil. Les filtres contenant comme substance filtrante du charbon animal doivent être regardés comme suspects ; le charbon, qui filtre très bien tout d'abord, s'imprègne bien vite des matières organiques qui étaient dans l'eau et devient dès lors un bon milieu de culture pour les microbes qui s'y développent de plus en plus, et qui, finissant par gagner toute l'épaisseur du charbon, arrivent enfin dans l'eau filtrée."—(GUINOCHET.)

"Woodhead et Cartwright Wood, après avoir examiné vingt-un différents filtres mis sur le marché de Londres, n'en ont trouvé que *trois* qui justifiaient la prétention de *rendre l'eau stérile*. Ces filtres sont le filtre Chamberland-Pasteur, le filtre Mallié et le filtre Berkefeld, ce dernier cependant moins que les deux autres ; aucune bactérie n'avait traversé le filtre Chamberland-Pasteur ou le filtre Mallié pendant les quatre jours qu'ont duré les expériences pour chaque filtre, tandis que le filtre Berkefeld a été traversé après le 2ème jour. (2).

"CONCLUSIONS PRATIQUES AU SUJET DU FILTRAGE DES EAUX.—Avec un filtre Chamberland-Pasteur (et très probablement aussi avec un filtre Mallié), si le filtre est bien entretenu, on a une eau *débarrassée de tout microbe*. Il vaut donc mieux, même là où il se fait une filtration de toute la distribution municipale, se pourvoir chez soi d'un de ces filtres. La filtration centrale (municipale), ne rendant pas l'eau absolument stérile, le filtre domestique complète l'opération, et, en outre, il met à l'abri de toute fluctuosité qui peut survenir dans l'efficacité de la filtration centrale."

Parlant de la nécessité de l'hygiène dans les villes, le juge Brewer dit : "Si nous pouvons atteindre la demeure du pauvre, la rendre propre ou la remplacer par une demeure propre et meilleure, nous aurons fait beaucoup pour donner à la ville des vies propres : c'est d'une demeure nette que sort une vie sans tache."

---

(1) On trouve, dans le commerce, des filtres munis d'une brosse mécanique qui dispense de sortir la ou les bougies de leur enveloppe.

(2) The British Medical Journal, Nov. and Dec. 1894.

REVUE DE PEDIATRIE

Sous la direction du Dr Isaïe Cormier,
Médecin des enfants malades à l'Hôpital Notre-Dame.

Recherches sur la pathogénèse du rachitisme, par le Dr Smaniotto Ettore, médecin de la Faculté de Padoue.—(*Suite et fin.*)

Je vais maintenant exposer les résultats des examens bactériologiques faits chez 22 enfantes avec altérations osseuses rachitiques plus ou moins graves.

Dans presque tous les cas (19 cas), j'ai fait un examen histologique et confirmé le diagnostic de lésions rachitiques ; pour être plus bref, j'omettrai l'exposition de ces examens.

On peut résumer les observations bactériologiques des os rachitiques de la façon suivante :

Chez les enfants qui ont souffert d'une gastro-entérite chronique grave, on trouve dans les épiphyses des os rachitiques un très grand nombre de bactéries ; ce sont surtout les microbes qui habitent l'intestin : le plus constant est le colibacille avec ses variétés ; puis viennent le bacille *d*, que j'ai trouvé surtout dans les altérations rachitiques plus graves, le streptocoque, le pyocyanique, le staphylocoque et plusieurs autres cocci. Il s'agit toujours d'une association microbienne. Le bacille *d* se différencie très difficilement soit sur les plaques de gélatine, soit sur les tubes d'agar incliné, du bacterium coli commune, et il se peut bien que dans certains cas sa présence m'ait échappé.

Dans le rachitisme de gravité moyenne, toujours due à une gastro-entérite chronique, le nombre des bactéries qui ont envahi les épiphyses est moindre : les espèces microbiennes sont souvent moins nombreuses.

Chez les enfants morts à la suite de lésions chroniques des organes de la respiration et présentant du rachitisme (toujours peu intense) j'ai trouvé le streptocoque quatre fois et dans un cas de pleurésie purulente à pneumocoque, ce même microbre.

Dans tous les cas où les lésions rachitiques étaient graves et où la diaphyse des côtes se montrait aussi lésée. j'ai trouvé dans cette diaphyse des colonies discrètes des mêmes bactéries qui se trouvaient en grand nombre dans l'épiphyse.

Dans les cas de rachitisme léger où les lésions étaient bien appréciables aux épiphyses, mais très peu ou pas du tout aux diaphyses, j'ai trouvé dans ces dernières des colonies rares, ou même les cultures sont restées complètement stériles.

Il n'est guère possible d'interpréter les faits qui précèdent en admettant une invasion des os, pendant l'état agonique ou après la mort, par les bactéries intestinales ; les résultats des examens bactériologiques des os non rachitiques de ces microbes là où sont les lésions caractéristiques du rachitisme, et surtout notre première observation, où l'os rachitique a été ponctionné pendant la vie de l'enfant, s'opposent à une telle interprétation.

Pour ce qui concerne le streptocoque, nous avons vu que sa présence n'est pas rare chez des enfants qui ne présentent aucune lésion rachitique ; mais je ferai remarquer que dans ces cas, la mort avait été causée par une angine diphtérique septique, qu'il y avait là une vraie streptococcie.

Chez les enfants tuberculeux et rachitiques, avec des broncho-pneumonies à répétition où j'ai trouvé le streptocoque dans les os, ce microbe avait-il franchi le poumon et les bronches pour pénétrer dans la circulation sanguine et de là

dans les organes, seulement dans les derniers jours de la vie? On ne peut répondre sûrement à cette question; mais puisque dans nos observations la maladie des organes de la respiration datait de plusieurs mois, et que souvent elle avait été accompagnée de hautes températures, je crois à la possibilité d'infections répétées à streptocoques ayant pu provoquer des localisations osseuses, des lésions rachitiques : la présence dans l'un de ces cas, examiné histologiquement, de grands amas de streptocoques dans le tissu chondroïde et ostéoïde et dans le périoste, et leur absence dans le tissu osseux normal, plaident en faveur de cette hypothèse.

La même explication s'applique au cas de pleurésie purulente à pneumocoque.

Dans deux observations, avec graves déformations rachitiques, nous avons, dans l'une, obtenu de rares colonies du coli-bacille, et dans l'autre la culture est restée stérile; mais dans les deux cas, il s'agissait d'enfants déjà d'un certain âge, 3½ à 4 ans, et les os, surtout les humérus et les tibias, s'étaient fortement calcifiés (sclérine rachitique); le processus rachitique était donc éteint. Ces deux observations ne sont pas faites pour miner la théorie infectieuse du rachitisme; elles nous semblent, au contraire, venir à l'appui de cette théorie.

Ces bactéries qui se trouvent dans les os rachitiques, sont-elles la cause du rachitisme? Je crois qu'il serait bien difficile d'admettre que de nombreuses bactéries plus ou moins pathogènes, pussent ainsi s'accumuler dans un organe sans l'altérer.

Les bactéries une fois arrivées au niveau du cartilage de conjugaison y produisent un état inflammatoire, et on comprend facilement alors les troubles consécutifs dans la formation des espaces médullaires et dans l'ossification. On peut expliquer de même les troubles de l'ossification sous-périostée par l'arrivée des bactéries dans le périoste et dans la couche ostéogène d'Ollier.

Aujourd'hui, avec M. Kassowitz, on tend à admettre que la décalcification de l'os dans les altérations rachitiques est due à l'hyperhémie; en effet, dit-on, l'hyperhémie qui succède à la section des nerfs osseux et à l'ostéite par intoxication phosphorée, engendre la décalcification Mais il ne faut pas oublier que dans les fractures portant sur le tissu hyperhémié du cal se déposent les sels calcaires, et que dans l'ostéochondrite syphilitique se forme de l'os qui se calcifie malgré l'inflammation sous-chondrale. Je crois que la décalcification est due à plusieurs facteurs : à l'hyperhémie, à l'état inflammatoire de l'os, et à la formation d'acides sur place. Nous avons trouvé dans les os rachitiques plusieurs microbes, et presque tous, soit comme aérobies, soit comme anaérobies, décomposent la glycose, donnant entre autres produits, des acides : le coli-bacille, par exemple, donne de l'acide lactique, acide carbonique, acide acétique; le bacille *d* donne des acides volatils. Ces bacilles, soit qu'ils se trouvent dans le courant sanguin ou dans les tissus osseux, trouvent toujours de la glycose à décomposer, et les acides qui se forment, à l'état naissant se combineraient avec les sels calcaires déposés dans l'os et les dissoudraient formant des composés nouveaux, solubles; en même temps ils formeraient autour d'eux un milieu peu favorable à la formation des sels calcaires insolubles qui entrent dans la composition du tissu osseux. Si dans un gros tube contenant du bouillon glycosé on introduit un os, un fémur de cobaye par exemple, et, après stérilisation, on y ensemence le coli-bacille ou le bacille *d*, et si on met le tube à l'étuve à 37°, après plusieurs jours (10-20), on trouve l'os décalcifié; cette décalcification a lieu pl rapidement là où a été ensemencé le bacterium coli.

C'est à cause de l'action fermentative, peut-être, que là où est présent coli-bacille, le *b. d.*, etc., les lésions rachitiques sont plus graves et les os p' ramollis, que dans les points où l'on trouve le seul pneumocoque ou strep coque.

On s'explique ainsi les différentes opinions des auteurs dont les uns affi

ment la présence de l'acide lactique dans les os et dans les urines des rachitiques, tandis que les autres la nient.

Dans plusieurs de nos observations (II, III, etc.), nous avons trouvé dans les os parmi les autres bactéries, un grand nombre de coli-bacilles ; il est probable que dans ces cas, une analyse chimique bien conduite aurait permis de constater la présence de l'acide lactique dans les os, tandis qu'on l'aurait recherchée en vain dans les cas où il y avait le seul streptocoque ou pneumocoque.

Cette théorie qui considérerait le rachitisme comme une infection générale de l'organisme avec localisations prédominantes dans les os, s'accorde avec la clinique. M. Henoch dit : "Chez un très petit nombre d'enfants avec lésions peu remarquables des os, j'ai trouvé l'état général de l'enfant satisfaisant, mais chez les plus atteints, la pâleur, la maigreur, la flaccidité de la peau et des muscles, la tuméfaction des ganglions du cou, de la nuque, des regions inguinales et axillaires, révélaient une maladie profonde de tout l'organisme ; dans certains cas, sur la peau pâle j'ai observé des taches de purpura, ou les symptômes de la maladie de Barlow."

Dans les coupes faites avec la squame d'un os occipital présentant du craniotabes, j'ai pu constater de rares bacilles et des streptocoques : la présence de bactéries dans les os du crâne peut donner une explication, en dehors de leurs lésions rachitiques, du léger degré d'hydrocéphalie qu'on constate chez un certain nombre de rachitiques : elle serait due à une irritation propagée aux méninges et à l'écorce cérébrale ; par cette irritation même on pourrait peut-être expliquer certains accidents nerveux qu'on observe chez les rachitiques, comme le prétend M. Kassowitz.

Mais, je dois bien le dire, je ne prétends pas attribuer tous les phénomènes nerveux des rachitiques au rachitisme crânien. Pendant deux ans j'ai fréquenté à Paris les services de MM. Grancher, J. Simon, Comby, et j'ai vu beaucoup d'enfants avec altérations rachitiques du crâne, mais je n'ai jamais vu un seul cas ni de tétanie, ni de spasme de la glotte, tandis que depuis deux mois que je suis à Berlin,—et je ne vois pas ici dans la clinique de M. Heubner un si grand nombre d'enfants qu'à Paris—j'ai déjà rencontré trois cas de spasme de la glotte. J'ai vu à Padoue plusieurs cas de tétanie dans le cours d'une seule année, dans la Clinique infantile de mon maître, M. Cervesato. Il y a dans l'étiologie de ces affections quelqu'autre facteur qui nous échappe.

Avec la théorie infectieuse, on peut expliquer facilement le cas de rachitisme fœtal dont plusieurs auteurs admettent l'existence ; parmi ceux-ci, M. Henoch, qui en aurait vu deux cas, dont un, étudié à l'autopsie, aurait présenté des lésions osseuses tout à fait semblables à celles du rachitisme. Les recherches de ces dernières années ont bien démontré que le placenta n'offre pas un obstacle infranchissable aux bactéries, et que celles-ci ayant une fois pénétré dans la décidua à travers le placenta arrivent au fœtus (syphilis, variole, rougeole, charbon, bacille typhique, pneumocoque, streptocoque, bacille de la tuberculose). M. Galippe ensemençant les tissus d'enfants mort-nés par suite d'accidents obstétricaux, même quand ils avaient l'aspect normal, obtint souvent des cultures. A ce propos, je citerai une observation que je crois n'être pas sans intérêt : un enfant né avant terme (8 mois) est mort quelques heures après la naissance : j'ai pu savoir que la mère était malade depuis quelques jours. Le cadavre présentait un ictère intense, le foie était tuméfié. Je fis l'autopsie 24 heures après la mort, nsemençai le foie, la rate, les os ; ces derniers ne présentaient aucune lésion ›préciable à l'œil nu ; les ensemencements donnèrent : avec le foie, de rares lonies de bacterium coli, avec la rate, les cultures furent stériles ; avec les iphyses des os, il se développa des colonies très nombreuses de bacterium coli ; ec la diaphyse, de rares colonies de coli-bacilles.

Il est vraisemblable que la mère avait fait une infection à bacterium coli i s'était transmise au fœtus, d'où l'accouchement prématuré, l'ictère infectieux l'enfant, et la localisation du coli-bacille dans les os : si l'infection avait été

moins intense, si elle n'avait provoqué ni l'accouchement avant terme, ni la mort du fœtus, n'est-il pas vraisemblable que cet enfant aurait pu présenter à la naissance des lésions rachitiques des os ?

On a décrit un rachitisme aigu qui serait accompagné de fièvre : pour M. Henoch, et d'autres auteurs encore (Friedleben et Fürst, Marfan, Filatow), il y aurait là toujours des complications, surtout du côté de l'appareil respiratoire. Par mes observations cliniques et par les examens bactériologiques des observations XVI et XVIII, je suis porté à croire que les maladies de l'appareil respiratoire, broncho-pneumonie à répétition, pleurésie purulente, etc., sont les maladies primitives, et que les microbes qui en sont la cause (streptocoque, pneumocoque), passeraient fréquemment dans la circulation générale et que, se localisant dans les os, ils provoqueraient les lésions rachitiques.

Je n'ai pas encore étudié un cas de maladie de Barlow, mais de la description qu'en donnent les auteurs, il me semble qu'on pourrait la considérer comme une infection générale de l'organisme, le plus souvent d'origine intestinale, provoquée par des bactéries virulentes avec localisations prédominantes dans les os et dans le périoste.

Conclusions.

Les observations qui précèdent ne sont pas assez nombreuses pour permettre d'affirmer que le rachitisme est toujours d'origine infectieuse. Mais, en tous cas, les bactéries doivent jouer un rôle prépondérant dans la genèse de cette maladie. Celle-ci paraît due, le plus souvent, à une localisation prédominante dans les os, de toutes les infections ou auto-infections dont les enfants mal nourris, mal soignés, sont fréquemment atteints, dans les premiers temps de la vie, surtout s'ils sont congénitalement débilités.

Il est possible que des toxines soient la cause d'altérations rachitiques ; mais le plus souvent, sinon toujours, les bactéries interviendraient pour aggraver un rachitisme au début, ou bien, à elles seules, suffiraient à produire un rachitisme plus ou moins grave.

Je suis heureux de pouvoir remercier M. le professeur Grancher, qui nous a permis de travailler dans sa clinique et dans son laboratoire où ces recherches ont été faites. Je dois à M. le Dr Ledoux-Lebard, chef du laboratoire, une spéciale reconnaissance, pour l'intérêt qu'il a toujours pris à nos recherches et pour les excellents conseils qu'il nous a toujours prodigués.

Revue des Maladies de l'Enfance, (avril 1897).

Intoxication saturnine mortelle par la pommade d'Hébra.—On ne pense peut-être pas toujours assez à s'enquérir des traitements antérieurement subis par les malades et à la possibilité d'intoxication par les pommades. Sous ce double rapport le fait rapporté par M. Hahn à la Société de médecine de Prague est plein d'enseignement.

Il s'agissait d'un enfant qui, atteint d'eczéma de la tête, puis du corps, fut traité longtemps dans diverses cliniques avec la pommade d'Hébra. Il survint des convulsions généralisées ; la peau prit une teinte gris pâle, les gencives présentèrent un liseré noirâtre ; le réflexe patellaire était exagéré. L'enfant ne tarda pas à succomber.

En présence de ces accidents, le diagnostic d'intoxication saturnine avait été porté. Il fut confirmé par l'examen du cadavre et notamment par l'analyse chimique des urines.

(*L'Abeille Médicale.*)

ART DENTAIRE

Sous la direction du Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien dentiste, Professeur d'anesthésie et chirurgie au collège dentaire de la Province de Québec.

Adressez ce qui concerne ce département à : Dr EUDORE DUBEAU, 391 rue St-Denis, Montréal.

CHIRURGIE DENTAIRE.

Par le Dr EUDORE BORDEAU, chirurgien dentiste, Montréal.

Nous sommes heureux de rapporter à la profession médicale deux opérations de petite chirurgie, qui, croyons-nous, ont été pratiquées pour la première fois, il y a quelques mois, par un dentiste des Etats-Unis dont le nom nous échappe à regret, car ces petites opérations sont appelées à éviter beaucoup d'ennuis aux dentistes et à leurs patients. Il s'agit 1o des personnes chez qui les alvéoles sont trop résorbées ; il existe alors des gencives très épaisses et très molles, qui font, qu'il est très difficile d'obtenir une impression exacte; le dentier ajusté dans une telle bouche ne peut que très rarement donner satisfaction, à cause de l'état mobile des gencives. 2o le second cas est celui où les alvéoles après s'être resorbées se terminent en un bord mince, protubérant, et qui projette les lèvres en avant. Une impression de cette bouche n'est pas absolument difficile à prendre et le dentier qui en résulte n'a pas les désavantages de la mobilité, mais par contre il gâte l'apparence de la personne, en produisant ce qu'on appelle une bouche pointue. Les opérations dans ces deux cas, consistent pour le premier, à couper à l'aide d'une paire de ciseaux le surplus des gencives; ces dernières guérissent promptement et laissent une surface propre au bon ajustement d'un dentier. Dans le second cas, à l'aide d'une pince coupante on enlève le bord mince des alvéoles, de manière à laisser un bord rond et épais. Comme dans le premier cas, le tout guérit aisément, et donne à la personne une apparence tout autre que celle qu'elle avait d'abord. Dans ce second cas il est préférable d'inciser la gencive et de la décoller avant de couper l'alvéole, autrement il pourrait y avoir un retrait trop considérable des gencives, et alors le maxillaire serait à découvert. On demandera peut-être la cause de ces difformités, car ce sont de réelles difformités pour les personnes chez qui ces deux états existent. Pour le premier cas, c'est-à-dire où il y a masse de gencives molles, cela peut-être causé 1o par des extractions de dents mal faites où des morceaux d'alvéoles sont brisés et arrachés 2o par des morceaux d'alvéoles qui étant ossifiés avec les racines des dents, viennent avec les dents, et laissent alors un vide, qui est remplacé par des tissus mous 3o par le fait de porter un dentier complet à la machoire supérieure, lorsque la ma-

choire inférieure ne contient pas de dents postérieures ; alors la pression se faisant constamment sur les dents antérieures, les alvéoles se résorbent et laissent une masse de gencives ; 4o les dentiers en caoutchouc entretiennent beaucoup de chaleur sur les maxillaires ce qui amène la résorption des alvéoles, c'est pourquoi les dentiers métalliques sont de beaucoup supérieurs, car ils sont minces, ne cassent pas, n'ont ni odeur ni goût, et adhèrent mieux. Maintenant que nous pouvons faire des dentiers en aluminium à des prix relativement peu élevé, il n'y a pas d'excuses pour porter des dentiers en caoutchouc. Les difformités du second cas ne peuvent pas être prévues, parce qu'elles sont naturelles ; elles existent chez les personnes qui avaient les dents percées obliquement, et qui les ont fait extraire depuis quelques mois ou plus. En pratiquant ces petites opérations, faciles et simples, le dentiste s'évitera beaucoup de trouble, et ses patients lui seront très reconnaissants.

LA NÉVRALGIE DENTAIRE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Par le Dr Eudore DUBEAU, chirurgien-dentiste, Montréal.

La névralgie dentaire qui se rencontre chez les femmes enceintes est une chose qui nous embarrasse assez souvent, car il ne se passe pas une semaine sans que nous ayons à examiner de ces cas, et très souvent l'examen attentif de toutes les dents ne décèle aucune cavité. Alors d'où vient la cause et quoi faire ? Dans ces cas, la douleur est un symptôme de pure névralgie ou de trouble fonctionnel ou réflexe, et il faut alors diriger le traitement en conséquence, c'est-à-dire ne pas extraire six dents pour faire disparaître le mal, comme cela est arrivé récemment ; cette pauvre femme découragée de perdre toutes ses dents sans soulagement, vint me consulter et j'ai réussi à faire disparaître le mal après 5 injections, dans les gencives, de quelques gouttes de la solution d'Edinbourg de bi-meconate de morphine ; ces injections ont été pratiquées à trois jours d'intervalle entre chacune, et elle n'a pas souffert depuis le jour où la dernière injection a été faite, il y a au-delà de deux mois. Lorsque cette névralgie est causée par des dents cariées, le traitement est simple, les nettoyer et les obturer. Si la personne est incapable de payer pour cet ouvrage et qu'elle désire les faire enlever, je n'hésite pas à les extraire si elle est enceinte de plus de deux mois, car je crois que laisser souffrir une personne pendant des mois est plus propre à lui causer du tort, ainsi qu'à l'enfant, que la simple extraction d'une dent ; mais, autant que possible, je leur fais des injections de cocaïne autour de la dent malade pour éviter le choc nerveux, et cela cause si peu de douleur qu'il n'y a jamais d'accidents. J'ai eu connaissance de deux fausses couches amenées par des extractions sans injections chez des femmes enceintes de moins de deux mois, mais je n'avais pas été averti de leur état. Il ne faut pas perdre de vue que l grossesse prédispose à la carie, car la dyspepsie acide existant dans la plupar des cas, les dents sont alors attaquées par les sécrétions buccales. Si on ajout à cela le besoin de sels de chaux et de phosphates que nécessite le développ ment du fœtus, on n'a pas lieu d'être étonné qu'une jeune femme, ayant toujou eu de bonnes dents avant son mariage, les voient devenir toutes cariées apr

quelques grossesses, et c'est ce qui a fait naître le dicton " chaque enfant coûte à sa mère une dent." Pour empêcher les désordres causés aux dents par la grossesse, il faut prescrire à la mère des médicaments contenant des sels de chaux et phosphates, et des lavages buccaux journaliers antiseptiques et antacides v.g. thymol et bicarbonate de soude. Enfin, je suis d'avis qu'il ne faut pas fatiguer une femme dans cet état en lui faisant subir des opérations longues, telles que des obturations en or, mais alors ne faire que des obturations temporaires, et différer les permanentes jusqu'après la grossesse.

J. BOUGLÉ.—**Le Premier Livre de Médecine.**—Manuel de propédeutique, pour le stage hospitalier, par J. BOUGLÉ, prosecteur de la Faculté de médecine, et A. CAVASSE, interne des hôpitaux de Paris. *Le Premier Livre de Médecine* comprend : 1° **Partie Médicale,** 1 vol. in-18, jésus, 5 fr. ; 2° **Partie Chirurgicale,** 1 vol. in-18, jésus, 5 fr. Les deux parties, ensemble 978 pages, réunies en un volume, avec reliure d'amateur, peau pleine souple, tête dorée.....12 fr.

La Faculté de Médecine a inscrit au programme de sa première année un cours de *Propédeutique;* au programme de sa deuxième et de la troisième année, un *Stage hospitalier.*

La Propédeutique enseigne l'art d'examiner le malade et de porter un diagnostic. L'Hôpital est la merveilleuse école d'application de ce qu'ont appris les livres et les cours. Aujourd'hui, l'étudiant fait un stage régulier, dans un service fait pour lui, où l'enseignement y est organisé.

Ce livre a pour but d'aider l'élève à suivre un chef très occupé et qui doit satisfaire à la fois, chez des auditeurs inégalement instruits, un égal désir de savoir. Les auteurs ont voulu faire un livre d'hôpital, celui qu'on emporte dans sa poche, et qu'on lit en attendant le chef, à côté du malade, et en s'exerçant à l'examiner. Les hôpitaux ont des salles de *médecine* et des salles de *chirurgie ;* on a donc fait un tome de médecine et un tome de chirurgie.

Dans le Livre de Médecine, on étudie les symptômes, et on part des symptômes pour arriver à la maladie : ceux dont se plaint d'abord le malade, ont les *signes fonctionnels.* Les auteurs en donnent d'abord l'interprétation. D'autres signes ne sont révélés qu'après mise en œuvre de nos *moyens d'exploration :* ce sont les *signes physiques.* Moyens d'exploration et signes physiques doivent être étudiés ensemble.

Dans le Livre de Chirurgie, on a passé successivement en revue les différentes régions du corps. Une large part a été faite à l'exploration de l'oreille, de l'œil et du nez.

Chaque chapitre comprend : 1° le résumé des notions anatomiques indispensables pour établir un diagnostic en chirurgie ; 2° la disposition de la région telle qu'elle s'offre à la vue et au palper ; 3° la description succincte des affections qu'on y rencontre le plus fréquemment.

En médecine, partir du symptôme pour arriver à la maladie, étudier le symptôme fonctionnel d'abord, examiner ensuite le malade et connaître alors ses signes physiques ; en chirurgie s'appuyer sur l'anatomie normale pour reconnaître la lésion et grouper les symptômes anormaux en une formule précise, cela est proprement ce que l'on fait tous les jours au lit du malade. Et telle a bien été la pensée commune des auteurs, de tout ramener à la clinique.

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

FORMULAIRE

Asthme

Extrait de stramoine..... } ãã 2 gains.
Valérianate de zinc..... }
Pour une pilule : n° 20.
Une pilule matin et soir. FERRAND.

Contractions tétaniques de l'utérus pendant l'accouchement.

Teinture d'iode..... 20 gouttes.
Alcool..... 40 gouttes.

A prendre V gouttes toutes les demi heures dans un demi verre d'eau tiède. (Dans la plupart des cas, le tétanos cesse dès la 2e ou au plus tard dès la 3e dose ; en cas de nécessité, on donnera une 4e ou même une 5e dose. Plus tôt est institué ce traitement, plus rapidement survient l'effet désiré.)

P. MUELLER.

Mélange pour tarir la sécrétion lactée.

Sulfate d'atropine..... 1/20 grain.
Sulfate de magnésie..... 3 onces.
Infusion de gentiane..... 6 onces.

F. S. A.—A prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

M. BLOOM.

Dyspepsie par atonie gastrique.

Teinture de noix vomique..... 2 drachmes
Résorcine..... 8 gouttes.

F. S. A.—A prendre : 5 à 10 gouttes 3 fois par jour.

M. C. SCHWERDT.

Brûlures.

Après avoir nettoyé soigneusement les régions atteintes, avoir ouvert antiseptiquement les bulles, on fait un lavage avec une solution faible de permanganate de potasse, qui a la propriété de favoriser le bourgeonnement, puis on applique une des pommades formulées ci-dessous :

1. Acétanilide..... ½ once.
   Oxyde de zinc..... ½ once.
   Vaseline..... 5 onces.
2. Acétanilide..... } ãã ½ once.
   Iodoforme..... }
   Acide borique..... }
   Oxyde de zinc..... }

Vaseline. q. s. p. 6 onces.

Un pansement ouaté est ensuite pratiqué tous les jours.

Pour masquer l'odeur presque insupportable que dégagent souvent les brûlures au moment de la chute des eschares, on ajoute à la solution de permanganate du bioxyde d'hydrogène. Dès que la dessiccation des plaies commence on remplace les pommades par des poudres, soit d'acétanilide, soit d'acide borique. En cas de frissons multiples et violents, on administrera largement l'alcool.

M. Pollak administre en même temps des petites doses de quinine et de fer quatre fois par jour, et s'il y a dépression générale avec retentissement sur le cœur, la digitale et la strychnine ; contre le délire, l'hydrobromate de hyoscéine par doses de 6/10 de milligramme (1/120 gr.), ou les bromures à fortes doses.

POLLAK.

Epistaxis à répétition.

Le *Wiener Mediziuische Blatter*, recommande la mixture suivante dans les épistaxis récurrentes à répétition :

R.	Antipyrine	7½ grains.
	Tannin	15 grains.
	Sucre pulvérisé	3 drachmes.

Sig : Prendre dans un peu d'eau, plus ou moins souvent, suivant le cas. On assure que l'hémorragie cesse d'une manière définitive avant le troisième jour.

Antisepsie intestinale.

Naphtol	45 grains.
Chloroforme	½ once.
Huile de ricin	3 onces.
Essence de menthe poivrée	1 drachme.

A prendre par cuillerées à café dans du vin ou dans de la bière.

MOUV. THÉR. ET MÉD.

Anticholérique

Résorcine médicinale	30 grains.
Acide chlorhydrique médicinal } Laudanum de Sydenham }	ââ 24 gouttes.
Infusion de camomille	4 onces.
Sirop d'écorces d'oranges amères	4 drachmes.

Mêlez.

A prendre une cuillère à soupe toutes les 2 ou 3 heures.

SONNENBERGER.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - *Dr J. B. A. LAMARCHE*

Rédacteur en chef : - *Dr E. P. BENOIT*

MONTRÉAL, JUIN 1897.

☞ Nos abonnés sont priés de nous donner avis de leur changement d'adresse.

BULLETIN MÉDICAL

LA CALVITIE VULGAIRE.

Dans un article publié dans le *Progrès Médical* (1er mai 1897), le Dr Paul Raymond s'élève contre la théorie microbienne de la calvitie telle que formulée par le Dr Sabouraud (voir le dernier Bulletin). Il tient à mettre complètement à part la calvitie des arthritiques, et n'accepte le microbe que pour la séborrhée. Pour lui, la forme vulgaire de la calvitie est due à l'arthritisme, et non à la séborrhée, comme on peut s'en rendre compte par les caractères suivants :

1° La calvitie arthritique se montre toujours à la même époque, c'est-à-dire vers la vingt-cinquième année ; car ce qui caractérise l'arthritisme, c'est que ses manifestations arrivent à heure fixe (épistaxis à douze ans, migraines à vingt ans, calvitie à vingt-cinq, manifestations articulaires à trente, néphrite à quarante-cinq) ;

2° On retrouve facilement chez les chauves par arthritisme les stigmates de la maladie, ou quelques uns d'entre eux (épistaxis, migraines, varices, hémorrhoïdes, hernies, varicocèle, troubles trophiques des ongles, rhumatisme déformant, artério-sclérose, néphrite, etc.) ;

3° La calvitie arthritique siège au vertex, du front au sinciput, et non sur les tempes (voir la tête d'Hippocrate). La calvitie séborrhéïque dégarnit les tempes ;

4° Ce que l'on voit chez ces sujets arthritiques, c'est une sueur profuse, avec chaleur du cuir chevelu qui leur fait toujours tenir le chapeau à la main tout chauves qu'ils sont, mais pas de séborrhée ;

5° La calvitie des arthritiques ne peut pas se changer en pelade.

6° Dans la famille d'un chauve arthritique, il n'est pas rare de voir plusieurs chauves, si bien que cette phrase est banale : " On perd ses chevaux de bonne heure, dans ma famille." Chez les séborrhéïques, il n'en est pas ainsi, et

non moins communément entendue est la phrase que voici : " C'est d'autant plus extraordinaire de me voir chauve, que dans ma famille, à l'âge le plus avancé, tous nos parents conservent leurs cheveux." L'arthritisme est héréditaire.

7° La calvitie séborrhéïque, outre son siège différent, a des poussées aiguës et des mouvements d'arrêt ; la calvitie arthritique progresse lentement, mais d'une manière continuelle.

8° Le traitement soufré agit contre la calvitie séborrhéïque ; la calvitie arthritique ne se traite pas.

LE PROGRÈS DES RAYONS X.

Les applications des rayons X deviennent de plus en plus nombreuses, et se tournent maintenant du côté de la médecine et de l'anatomie. C'est ainsi qu'on a pu, à l'aide du fluoroscope, étudier par transparence les mouvements du cœur, du poumon, du diaphragme, et constater la position respective de ces différents organes à l'état sain et à l'état pathologique. Certains anatomistes, en infiltrant les tissus de chromate d'argent, ont pu étudier les tendons et les muscles du bras et de la main. On a pu aussi, en graduant la densité des rayons X, examiner des tissus moins opaques que les os. Enfin, il est prouvé que l'action des rayons X, dans certains cas, et sans que l'on sache au juste pourquoi provoque une inflammation de la peau et même de la dépilation.

INSUFFISANCE DE LA VALVULE TRICUSPIDE D'ORIGINE RHUMATISMALE.

Le Dr Chauffard rapporte dans le *Bulletin Médical*, (16 mai), un cas de lésion valvulaire du cœur ou la lésion, provoquée par le rhumatisme, s'est localisée, chose très rare, au côté droit du cœur (valvule tricuspide). Il s'agit d'un homme de 48 ans, robuste, qui a eu deux attaques de rhumatisme, la première à 23 ans, la seconde à 33. Les palpitations et la dyspnée se sont montrées six mois après la première attaque ; après la seconde, les symptômes se sont aggravés (palpitations, essoufflement rapide, œdème après la moindre fatigue).

A l'examen, le cœur n'est pas hypertrophié, et le souffle rude, rapeux, systolique, a son foyer maximum à la pointe xiphoïde, ne s'accompagne d'aucun frémissement cataire et ne se propage pas dans le dos. Il est difficile de songer à autre chose qu'à la valvule tricuspide. L'estomac et le foie n'étant pas malades, l'insuffisance est donc bien rhumatismale, et non pas réflexe.

La compensation est encore bonne ; pas d'œdème, pas de congestion pulmonaire, pas d'albuminurie. Le foie donne un pouls hépatique retardant caractérisé, mais il n'y a ni sucre ni urobiline dans les urines.

L'OPÉRATION DU MAL DE POTT

Les membres de la Société de Chirurgie de Paris ont discuté l'autre jour (séance du 12 mai) la valeur de l'intervention chirurgicale préconisée par le Dr Calot, dans les cas de gibbosité (1). Le Dr Ménard a renouvelé à ce sujet

(1) Voir *l'Union Médicale du Canada*, 1897, page 114.

la communication qu'il avait faite la veille à l'Académie de Médecine : l'auteur a constaté que dans certains cas opérés par lui, les vertèbres, une fois redressées, laissent entre elles une caverne qui mesure de 3 à 4 pouces, et que traverse la moëlle intacte. Quelle sera l'avenir de cette perte de substance osseuse, et constitue-t-elle un danger ? C'est ce qu'il est impossible de dire à l'heure actuelle. Peut-être la réparation des os pourra-t-elle se faire. Le Dr Brun, en expérimentant sur le cadavre d'un petit bossu, a constaté de même que le redressement forcé de la colonne vertébrale laissait une perte de substance entre les vertèbres cariées ; cela ne l'a pas empêché d'opérer avec confiance deux petits malades. Les Drs Michaux, Poirier et Broca sont aussi tout à fait en faveur de la méthode de traitement, qu'ils ont employée avec des résultats satisfaisants. Ils ne croient pas que l'opération offre des dangers sérieux.

LE RÔLE PHYSIOLOGIQUE DES LEUCOCYTES.

A la séance du 22 février de l'Académie des Sciences, le Dr Ranvier est revenu sur ce sujet important. (1) La phagocytose, dit le Dr Ranvier, ne saurait être attribuée aux seules cellules lymphatiques, puisque toutes les cellules de l'organisme, quelles qu'elles soient, peuvent manger, se nourrir et même, dans certaines conditions, absorber des particules solides. Il faut remarquer d'autre part que les cellules lymphatiques appartiennent essentiellement au système vasculaire et, comme telles, doivent concourir à la nutrition des organes. Un fait bien connu, c'est que la stimulation du fonctionnellement d'une glande par une cause d'irritation, quelle qu'elle soit, provoque un apport plus considérable de cellules lymphatiques vers cette glande, dont la sécrétion en contient alors un plus grand nombre : telles sont les glandes salivaires. De même une perte de substance ou l'irritation d'un tissu amènent vers la partie lésée une migration plus considérable de leucocytes qui se fixent, se transforment et contribuent ainsi à la réparation des tissus. Le Dr Ranvier a prouvé cette action par des expériences sur la cornée du lapin. Il affirme comme conclusion que si les leucocytes absorbent ces particules alimentaires, c'est sans doute pour se nourrir, mais qu'ils peuvent aussi les abandonner après les avoir transportées plus ou moins loin. Et elles vont dans toutes les parties du corps que les vaisseaux sanguins ne sauraient atteindre, comme par exemple la cornée.

M. Molson, président de la banque Molson, décédé dernièrement à Montréal, a légué à l'Université McGill, la jolie somme de $100,000. Il ne laisse que $10,000 à sa veuve parce que, dit-il, dans son testament, elle possède par elle-même une fortune qui lui suffit. M. Molson a aussi consacré $30,000 à l'érection d'un four crématoire.

---

(1) Voir *l'Union Médicale du Canada*, 1897, page 214.

COURRIER DES HOPITAUX

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes de M. L. A. LAMARCHE, M. D., interne-en-chef

Le Dr Derome, mon prédécesseur, vient de résigner la position d'interne-en-chef de l'Hôpital Notre-Dame. Après avoir rempli cette charge quinze mois durant et avoir tenus les lecteurs de *l'Union Médicale* au courant des opér ations de l'Hôpital, le Dr Derome me lègue sa succession. Je l'accepte avec une certaine crainte, sachant d'avance quel lourd fardeau je dois porter sur mes faibles épaules. C'est pourquoi je demande, avant de commencer, l'indulgence des lecteurs de *l'Union Médicale*, que je tiendrai, comme par le passé, au courant des gestes et faits du département médical dans un courrier mensuel.

Mai a été un mois de besogne. Cent quarante-neuf malades ont été admis, et cent cinquante-six congédiés. Sur ce nombre, quatre-vingt-seize restaient à l'Hôpital le 1er juin.

Les morts se classent comme suit : une, de pelvi-métrite suppurée ; deux, de pneumonie ; une, de congestion pulmonaire ; une, de fièvre typhoïde ; deux, de cancer ; une par intoxication avec vert-de-Paris et enfin une d'hémorrhagie cérébrale.

L'ambulance a répondu à 74 appels, dont treize pour cas privés, et soixante-un pour accidents.

Le nombre des opérations pratiquées, pendant le mois, a été de quatre-vingt-dix-neuf.

En chirurgie, deux cas d'affection du rein ont présenté un certain intérêt, par rapport à la difficulté qu'il y avait de faire un diagnostic positif.

Dame C., âgée de 51 ans, se présente à la consultation, accusant des douleurs juste à la région du rein et au rebord des fausses côtes. Elle souffre ainsi depuis février dernier, alors qu'elle eut de l'hématurie qui a persisté quelques semaines. Sa mère est morte de phtisie et la patiente elle-même a toujours joui d'une bonne santé. Mariée à 15 ans, elle est mère de 9 enfants, dont 7 vivants. A son entrée dans le service, la malade accuse de l'anorexie, de la pollakiurie et une douleur à tout le côté droit, en dessous des fausses côtes. A l'examen matité, pas de douleur et impossibilité de localiser le rein qui semble se confondre avec toute la masse de l'hypocondre. Le résultat de cet examen donne comme diagnostic probable : cancer du sein et peut-être du foie. Cependant, pour preuve plus certaine, la malade est mise sous chloroforme et une incision exploratrice pratiquée. Cette fois le diagnostic fut cancer du foie avec rein déplacé du côté correspondant. Toute intervention devenait alors impossible. Aujourd'hui, la malade va très bien sous les circonstances.

Dame G..., âgée de 52 ans. Mère morte de mal de Bright. Mariée à 20

ans, Dame G... a eu 13 enfants. Ménopause depuis 6 mois. A son entrée à l'Hôpital, la malade qui est pâle, anémiée, se plaint de douleurs à la région du rein droit avec pollakiurie. L'appétit est médiocre. L'examen des urines donne du pus, du sang et des cellules épithéliales. L'examen manuel ne donnant rien de positif, il fut décidé de pratiquer une incision exploratrice et d'enlever le rein s'il y avait lieu. Mais cette incision mit à découvert un rein carcinomateux, très volumineux, avec kystes en différents endroits. L'énorme volume de l'organe, la friabilité du tissu et l'hémorrhagie considérable empêchèrent le chirurgien de tenter la néphrectomie.

Un autre cas en chirurgie et je termine.

J. P..., 32 ans, a reçu un traumatisme sur la tête, il y a environ cinq ans. Il fit alors panser la blessure et le lendemain il retournait à son ouvrage, comme d'habitude. Le malade s'est bien porté pendant huit jours, sauf un peu d'étourdissement, qu'il a cependant toujours ressenti depuis l'accident. Huit jours après il est tombé subitement le matin, et n'a repris l'usage de ses sens que sept heures après. Le côté gauche du corps et la partie droite de la face restèrent paralysés. L'amélioration s'est faite graduellement.

Deux ans après le traumatisme, des attaques d'épilepsie jacksonnienne firent leur apparition. Ces attaques duraient environ dix minutes et se répétaient une couple de fois par mois. Depuis deux ans, elles sont complètement disparues. La mémoire diminue graduellement depuis que la paralysie est survenue. Les autres facultés sont intactes.

La face palmaire de la main et le dessous du pied transpirent beaucoup plus du côté paralysé que du côté sain.

Actuellement, le patient marche assez bien, peut déployer un certaine force avec le bras, mais ne peut fléchir les doigts qu'avec l'aide de l'autre main. Il se plaint également de maux de tête et de douleur dans la cicatrice.

On ne constate aucune dépression à l'endroit de la cicatrice, laquelle mesure environ 1½ pouce. Cette dernière se trouve située à une distance de 7 pouces du bord antérieur du frontal, et de 6¼ pouces de la protubérance occipitale. Tout porte à croire qu'il y aurait un enfoncement de la table interne du crâne, ou qu'un caillot se serait organisé et produirait une compression sur les centres affectés.

Le patient doit être soumis aux rayons X dans quelques jours.

Le Dr Adami, l'un des secrétaires de l'Association Britannique, est allé passer six semaines à Londres pour s'occuper des derniers arrangements. Il est fort probable, vu le nombre considérable de voyageurs qui traversent en Europe cette année, qu'il soit obligé de noliser un navire pour amener à Montréal ceux des médecins anglais qui n'ont pu retenir leur cabine.

NAISSANCE

En cette ville, au mois d'avril dernier, la femme du Dr P. A David, une fille qui a reçu au baptême le nom de Germaine.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉLECTIONS MÉDICALES AU NORD-OUEST

Dans l'automne de 1895, à la suite du retentissant article publié par M. Tarte, nous avons prétendu, dans cette revue, que la profession médicale n'était pas administrée d'une manière satisfaisante pour la grande majorité de ses membres.

Dans le même article, nous avons proposé un nouveau mode d'élection qui est défini dans la motion Rottot-Fafard.

Or, on se rappelle quel sort eurent nos suggestions à l'assemblée de juillet 1896, et quel succès obtint la motion susdite ; tous les gouverneurs, moins un (un membre anglais de la profession), votèrent contre avec un ensemble imposant et cela malgré l'approbation écrite du projet suggéré et de la motion Rottot-Fafard par près de trois cents membres du Collège des Médecins.

N'avons-nous pas le droit d'être étonnés de l'ensemble avec lequel nos gouverneurs ferment les deux oreilles à la pétition d'un nombre si considérable de leurs administrés. Ne nous est-il pas permis de révoquer en doute le droit moral de nos gouverneurs au titre de représentants de la Profession.

On nous objecte que chacun est libre de solliciter des procurations de vote et de s'en servir à sa discrétion. Oui, d'après la loi actuelle, chacun est libre, mais nous connaissons un grand nombre de médecins qui croiraient indigne de leur état d'arriver par ce moyen au pouvoir et aux honneurs. C'est là pourquoi nous serions heureux de voir amender notre loi électorale. C'est ce qui nous porte à dire que c'est la profession médicale qui est la plus mal organisée; le Barreau et la Chambre des Notaires pourraient nous rendre plus d'un point à ce sujet.

Ce n'est pas dans les autres provinces du Dominion qu'on pourrait impunément en agir ainsi avec ses confrères et ses administrés. L'esprit de la Profession est plus large et l'intérêt de corps est mieux compris.

Nous avons vécu pendant deux ans au Nord-Ouest ; dans cette province, entre autres, la loi veut que tout se fasse à ciel ouvert et l'électeur a conscience de ses droits et de l'importance de son vote.

Voici comment se font les élections du Conseil Médical du Nord-Ouest, qui se compose de cinq membres, nommés par la profession.

(*Traduction*),

Prince Albert, Sask., mars 1897.

A. E. P. BENOIT, Ecr, M. D., Saint-Albert, (Alberta)

Cher Monsieur,

Suivant les instructions reçues du Conseil Médical des Territoires du Nord-Ouest, j'ai l'honneur de vous annoncer que la prochaine élection des membres

du Conseil du Collège des Médecins et Chirurgiens des Territoires du Nord-Ouest, aura lieu à Prince-Albert, le 14e jour du mois d'avril prochain.

Je vous envoie un *bulletin de vote*, que vous devez remplir et me renvoyer dans *l'enveloppe* ci-jointe, avant le 14 d'avril prochain.

Je vous envoie aussi votre état de compte avec le Collège des Médecins et Chirurgiens, jusqu'à date, et me permets de vous rappeler que vous devez payer votre contribution pour avoir droit de vote à l'élection prochaine.

Le *Registre Médical des Territoires du Nord-Ouest*, publié en août 1894, dont vous avez reçu une copie, vous donnera les noms de tous les praticiens licenciés jusqu'à cette date. Depuis, les Messieurs suivants ont été enregistrés :

(Suit la liste des médecins enregistrés depuis août 1894).

HUGH V. BAIN.
Régistrateur.

Telle est la lettre que tout médecin licencié des Territoires du Nord-Ouest a reçu, cette année, six semaines avant l'élection. On voit que les médecins de là-bas ont un bureau qui les tient au courant de ce qui se passe. Ce bureau, entre autres choses, fournit à la profession une liste complète et à date de ses membres, afin qu'on sache qui est médecin et qui ne l'est pas.

L'enveloppe, dont il est question, porte une adresse imprimée, ainsi conçue :

(*Traduction*),

Bulletin de vote.

HUGH V. BAIN, M. D.,
Régistrateur,
Collège des Médecins et Chirurgiens,
Prince Albert,
Sask.

Tous les bulletins de vote sont ainsi envoyés, sous enveloppe cachetée, au régistrateur, qui les ouvre devant deux témoins nommés par le Conseil, et en présence de tout membre du Collège qui veut assister au dépouillement du scrutin.

Le bulletin de vote est ainsi libellé :

(*Traduction*)

LOI MÉDICALE DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST

BULLETIN DE VOTATION, 1897.

Je , médecin praticien licencié, vote en faveur des cinq personnes dont les noms suivent, afin qu'elles constituent les membres du Conseil Médical des Territoires du Nord-Ouest.

1

2

3

4

5

Et je déclare avoir droit de vote à cette élection, et avoir réglé le paiement de mes contributions au Conseil.

Daté 1897.

.....

Témoin .....

Telle est la loi dans les Territoires du Nord-Ouest, et les cinq médecins qui reçoivent le plus grand nombre de voix se trouvent à former le Conseil Médical et élisent entre eux le président, le vice-président et le régistrateur-trésorier.

Mais, direz-vous, comment le médecin sait-il pour qui il doit voter. Mon Dieu, d'une manière bien simple. Il y a à chaque élection un certain nombre de candidats qui prennent la peine de s'adresser à la profession, soit par circulaire, soit par lettre personnelle, quelque temps avant la votation, pour annoncer qu'ils sont candidats d'abord, et pour demander ensuite le suffrage des électeurs. N'est-ce pas ainsi que doit se faire toute élection bien organisée : d'un côté, le candidat qui s'annonce, de l'autre, l'électeur votant librement.

Nous savons bien que, dans la province de Québec, demander à un médecin de voter à la fois pour quarante candidats, surtout lorsqu'il ignore complètement, avant l'élection, quels sont ces candidats, c'est une rude tâche. Aussi nous croyons que le mode d'élection de nos gouverneurs est rien moins qu'une élection et qu'il devrait être changé. Cela est devenu nécessaire.

Nous ne prétendons pas que la loi électorale du Nord-Ouest soit applicable en tout point à la Province de Québec, mais elle est basée sur un principe qui devrait inspirer la nôtre : le droit, la liberté, l'obligation, pour tout membre qualifié de la Profession, de voter pour le ou les candidats de son choix.

La cabale et les ficelles ne nous vaudront jamais rien de bon.

CHRONIQUE

L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Le programme préliminaire est maintenant imprimé et forme un livret fort joli, avec, sur la couverture, le portrait de Mlle Mance, fondatrice de l'Hôtel-Dieu, et à l'intérieur des vues de Montréal, des Universités, des Hôpitaux, etc. On y trouve tous les renseignements voulus sur les lignes de steamers, les lignes de chemins de fer, les hôtels, la ville, le programme, les excursions, etc. L'impression de la brochure est très bien faite.

Voici les sujets portés au programme provisoire de la section d'hygiène :

a) Des rapports de l'officier de santé publique dans son district avec l'enregistrement et les certificats de décès ;

b) Des variations de forme des maladies zymotiques, suivant les épidémies et les saisons ;

c) Des devoirs et des responsabilités de l'autorité sanitaire au sujet de la prévention et du traitement des maladies infectieuses par les méthodes d'inoculation ;

d) La prophylaxie de la malaria ;

e) Le contrôle des maladies vénériennes au moyen de lois préventives ;

f) Utilité des quarantaines telles qu'organisées aujourd'hui (inspection, désinfection et postes d'isolement), au moins dans certains pays;

g) Jusqu'où doivent aller les mesures prescrites contre : 1° la rougeole; 2° la coqueluche ; 3° la tuberculose ; 4° la lèpre.

h) Approvisionnement d'eau : 1° leur protection (disposition des eaux d'égoût, fermes d'épandage); 2° leur purification par filtres ou autres procédés.

i) Valeur relative des méthodes de désinfection ;

j) Hygiène de l'enfance, et plus spécialement des moyens de diminuer la mortalité parmi les enfants élevés : 1° à la maison ; 2° dans un établissement ;

k) Hygiène des écoles.

Les sujets e, f, g sont suggérés tout spécialement pour la discussion. Les travaux sur d'autres sujets seront aussi acceptés.

Jusqu'au 1er juin, les Messieurs suivants ont promis leur concours ;

1.—Dr E. P. Lachapelle, président du Conseil d'Hygiène de la province de Québec, Montréal.—La Science sanitaire au Canada ; — ses progrès jusqu'à aujourd'hui.

2.—Dr A. Newsholme, médecin sanitaire de Brighton.—Plaidoyer en faveur d'une étude internationale de la diphtérie, avec des faits et des chiffres à l'appui.

3.—Dr J. R. Kay, médecin sanitaire du Conseil de Yorkshire.—Les rapports de l'officier de santé avec l'enregistrement et les certificats de décès.

4.—Dr F. Montizambert, surintendant de la quarantaine de la Grosse-Ile et Dr W. Wyman, surintendant de la quarantaine et de l'hôpital de la marine, Washington,—ouvriront la discussion du sujet (f.)

5.—Dr P. H. Bryce, secrétaire du Conseil Provincial d'Hygiène d'Ontario —ouvrira la discussion du sujet (g).

6.—Dr Wyatt-Johnson, bactériologiste du Conseil d'Hygiène de la province de Québec,—Essais expérimentaux des gaz désinfectants.

7.—Georges Janin, I. C., Montréal, (autrefois du Corps des Ponts et Chaussées, France),—Des divers procédés recommandés pour disposer des eaux d'égoût procédés mécaniques, procédés chimiques et épuration par le sol arable.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ÉPILEPSIE JACKSONNIENNE

Observations préliminaires sur les localisations cérébrales motrices.—Étude clinique d'un cas de cette variété d'épilepsie compliquée de paralysie atrophique de la jambe et traitée avec succès par l'électricité. (1)

Par le Dr D. BROCHU,

Professeur à l'Université Laval.

Messieurs,

Les démonstrations de la théorie des localisations cérébrales, et la détermination des territoires moteurs de l'écorce grise, en particulier, ont jeté un jour tout nouveau sur les problèmes de la pathologie des centres nerveux et ont rendu facile, à la suite, l'interprétation des phénomènes objectifs, qui trahissent, dans les organes périphériques, le développement des maladies organiques de l'encéphale.

Parmi les types morbides dont le syndrome fondamental est constitué par ces phénomènes objectifs qui dérivent des lésions de l'écorce motrice du cerveau, aucun n'offre plus d'intérêt à l'étude et à l'observation clinique que l'*épilepsie partielle* ou *hémiplégique*, encore appelée *épilepsie jacksonnienne*, nom proposé par l'illustre maître de la Salpêtrière lui-même, Charcot, en l'honneur du Dr Jackson, qui, le premier, en avait donné une description magistrale et fourni une démonstration anatomo-clinique.

Mais, comme cette maladie affecte des modalités cliniques tout-à-fait différentes, selon que sa lésion pathogénique a son siège dans telle ou telle partie de l'écorce motrice, et que son étude se rattache, ainsi, intimement à la question des localisations cérébrales, je crois qu'il ne sera pas inutile d'attirer votre attention sur le schéma de l'un des hémisphères cérébraux, et de vous inviter, tout d'abord, à vous rendre compte, *de visu*, de l'étendue et de la situation du terrire moteur cortical, ainsi que de la disposition qu'y occupent les centres paruliers qui président aux mouvements volontaires, et dont les lésions s'accusent r des troubles de la motilité dans la périphérie.

La question des localisations cérébrales est, aujourd'hui, comme vous le

(1) Travail lu devant la Société Médicale de Québec, (séance du 28 avril 1897.)

savez, chose jugée, au point de vue scientifique : elle n'est discutable que sur des rapports secondaires.

De nombreux travaux contemporains, auxquels se rattachent les noms de Bravais, Jachson, Broca, Ferrier, Pitres, Frank, Albertini, Charcot, Grasset, etc., ont fait admettre définitivement, malgré les théories contraires soutenues par Flourens. Brown-Séquard et Goltz, l'existence, dans l'écorce cérébrale, de centres distincts, affectant chacun des rapports fonctionnels toujours identiques avec certains groupes musculaires périphériques. Ces travaux, appuyés sur les résultats de l'expérimentation physiologique et de l'observation anatomo-clinique, ont renversé, par le fait, la doctrine de l'homogénéïté fonctionnelle du cerveau, admise jusqu'alors.

Pour ne nous arrêter qu'à la démonstration des localisations des centres psycho-moteurs, qui intéressent plus spécialement notre sujet, nous emprunterons au Mémoire de Charcot et Pitres, et aux travaux de Grasset, les propositions suivantes dont vous pourrez facilement faire une application sur le schéma que nous produisons sous vos yeux :

" Toutes les lésions corticales, chez l'homme, ne donnent pas lieu à des troubles de la motilité. A ce point de vue spécial, l'écorce du cerveau peut être divisée en deux parties distinctes : 1o la *zone motrice* dont les lésions destructives produisent toujours des paralysies permanentes, et dont les lésions irritatives, au contraire, provoquent des spasmes partiels ou des accès convulsifs plus ou moins généralisés et le plus souvent périodiques ; 2° la *zone* non *motrice* dont les lésions destructives ou irritatives ne déterminent directement aucun trouble de motilité du côté de la périphérie."

La *zone motrice* (voir le schéma) est limitée à l'écorce grise des deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, y compris le lobule paracentral, qui n'en est que le prolongement à la surface interne de l'hémisphère. Ces deux circonvolutions presque perpendiculaires aux autres, et séparées par la scissure de Rolando, occupent la partie la plus centrale de la surface corticale du cerveau et semblent être comme le prolongement le plus direct des faisceaux conducteurs de l'axe spinal ; elles constituent, en réalité, le point de départ ou le sommet de l'échelle de conductibilité motrice qui, par les faisceaux sous-corticaux de la couronne rayonnante, la voie pyramidale, les cordons blancs antéro-latéraux de la moëlle et les plexus nerveux, relient l'écorce grise des centres psycho-moteurs aux organes musculaires de la périphérie.

La physiologie expérimentale a démontré que, bien que la substance grise corticale du cerveau soit inexcitable *mécaniquement*, cependant son excitation électrique, dans le territoire des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, déterminait toujours des réactions motrices dans certains groupes musculaires, différents selon le point excité, mais toujours les mêmes pour un même point excité.

Ces recherches expérimentales de la physiologie, corroborées par de nombreuses observations pathologiques, ont démontré non-seulement l'existence d'une *zone motrice distincte*, dans la surface des circonvolutions rolandiques de chaque hémisphère, mais elles ont permis de délimiter, dans cette zone même,

différents territoires ou centres moteurs secondaires, dont chacun semble présider exclusivement aux fonctions de motricité d'une partie de la périphérie. C'est ainsi que l'on a pu préciser assez exactement la topographie des principaux centres : le *centre moteur de la face* paraît limité au tiers inférieur de la frontale ascendante, avec empiètement sur la pariétale ascendante, le *centre masticateur*, les *centres* du *pharynx* et du *larynx* étant étalés au pied des mêmes circonvolutions ; le *centre* du *membre supérieur* est situé au tiers moyen de la frontale et de la pariétale ascendantes ; enfin, le centre du membre inférieur occupe la partie

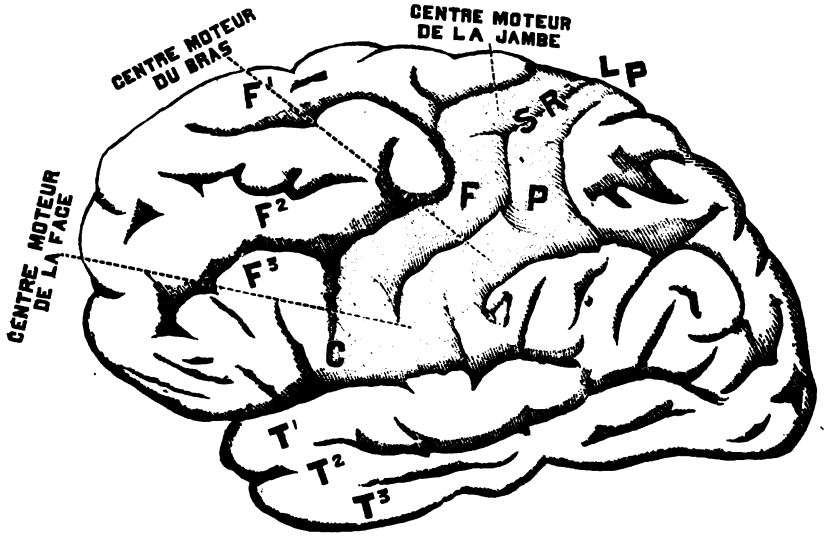


SCHÉMA DE LA FACE EXTERNE DE L'HÉMISPHÈRE GAUCHE.—INDICATION DE LA ZONE MOTRICE.

F C.—Frontale ascendante.—P.—Pariétale ascendante.—L P.—Lobule para-central, prolongement des deux précédentes à la surface inter-hémisphérique.—S R.—Scissure de Rolando —F ^{1,2,3}.—Première, deuxième et troisième frontales.—T ^{1,2,3}.—Première, deuxième et troisième temporales.

supérieure de ces circonvolutions et le lobule paracentral qui en constitue le prolongement à la surface interne de l'hémisphère.

Le schéma que nous reproduisons, ici, représente l'étendue et la situation de la zone motrice avec cette disposition des territoires moteurs secondaires ; on y voit étagés, l'un au-dessus de l'autre, les centres de la *face*, du *bras* et de la *jambe*, que nous venons de mentionner.

Il importe d'avoir bien présente à l'esprit cette topographie des centres corticaux moteurs dont les lésions destructives ou irritatives déterminent les troubles de motilité, (paralysies ou convulsions), si l'on veut suivre avec intérêt la description symptomatologique des trois modalités cliniques que l'épilepsie jacksonnienne offre à l'étude, et bien se rendre compte de l'ordre invariable selon lequel l'aura et les spasmes convulsifs, d'abord limités à quelques groupes musculaires de la périphérie, envahissent les parties avoisinantes et se propagent quelquefois d'un membre à un autre ou d'un membre à la face, et vice-versa.

Ce schéma peut permettre, en même temps, de faire une application facile de nos connaissances acquises sur les localisations cérébrales.

J'attirerai, également, votre attention sur un phénomène particulier qui nous est révélé par l'expérimentation physiologique, et qui est de nature à jeter une vive lumière sur des phénomènes identiques qu'offre assez souvent à notre observation l'épilepsie partielle, qui n'est elle-même que l'expression symptomatique de lésions pathogéniques ayant leur siège dans la zone corticale motrice :

Si, en cherchant à exciter la *zone motrice*, on applique un électrode sur un point limité de l'écorce, tel que, comme exemple, la partie supérieure de la frontale et de la pariétale ascendantes, à la limite de la scissure de rolando, et si on fait passer un courant électrique faible, on peut voir se produire des signes d'excitation motrice dans quelques groupes musculaires de l'extrémité du membre inférieur, du côté opposé (du gros orteil, du dos du pied, de la jambe). Mais, si tout en maintenant l'électrode fixé au même point on augmente l'intensité du courant, on voit les contractions musculaires gagner les parties avoisinantes et même envahir toute la jambe. Si on laisse passer le courant avec une intensité toujours croissante, les spasmes d'abord limités au pied et à tout le membre inférieur, s'étendent aux muscles du tronc, de l'épaule, du bras et de la main ; enfin, si l'excitation est assez forte, ils envahissent à la fin, par une progression plus ou moins rapide, les muscles du cou et de la face, et la convulsion se trouve ainsi généralisée à tout un côté, offre l'apparence tout à fait hémiplégique.

C'est, de plus, un fait parfaitemet établi par de nombreuse observations pathologiques que des phénomènes identiques se reproduisent dans le cours de l'épilepsie jacksonnienne sous l'influence de lésions irritatives ayant leur siège dans un point limité de l'écorce cérébrale ; l'onde irritative se propage à travers les différents territoires de l'écorce grise à la manière de l'onde électrique, et peut ainsi déterminer à distance de son foyer d'origine des troubles moteurs, tantôt partiels tantôt généralisés, selon les conditions qui font varier l'excitabilité du cerveau ou l'énergie de la cause irritante.

Définition : Jackson, Frank et Ferrier ont désigné sous le nom d'*épilepsie jacksonnienne*, " un *syndrome* caractérisé par des convulsions partielles toniques et surtout cloniques, localisées dans les muscles qui, à l'état normal, reçoivent leur influx cérébral des régions corticales irritées."

Cette épilepsie partielle et symptomatique, de même que l'épilepsie essentielle ou généralisée, procède par accès plus ou moins périodiques.

L'accès convulsif présente deux phases, généralement assez distinctes : l'une de convulsions *toniques* ou *tétaniques*, la plus courte, l'autre, de convulsions *cloniques*, qui occupe la plus grande durée de l'accès.

Les spasmes de l'épilepsie jacksonnienne se distinguent des autres formes convulsives et surtout de l'épilepsie essentielle, en ce qu'ils sont partiels, et limités, pour ainsi dire systématiquement, à un ou plusieurs groupes de muscles, au début, et que, s'ils se propagent, c'est toujours d'une manière *systématique* et suivant un *ordre invariable*. Tels sont les caractères essentiels de la maladie décrite par Bravais et Jackson, et qui ne doivent pas être perdus de vue dans cette étude.

Ce n'est, véritablement, que durant ces dernières années, que cette variété d'épilepsie a pris la place qu'elle méritait d'occuper dans le cadre nosologique des maladies nerveuses, et que son interprétation séméiologique et pathogénique a été bien élucidée, grâces aux découvertes de l'anatomie morbide et de la physiologie expérimentale.

Les auteurs anciens n'avaient pourtant pas manqué d'observer, dans la clinique, le syndrome de l'épilepsie partielle ou hémiplégique, qu'ils séparaient nettement de celui de l'épilepsie essentielle ou générale ; plusieurs avaient même signalé, dans des rapports d'autopsie, la coïncidence de différentes lésions de la surface du cerveau, chez des sujets qui avaient présenté les crises épileptiques partielles, pendant leur vie.

L'observation suivante, rapportée par Brissaud, nous en offre une preuve d'une assez frappante précision : "Un homme de moyen âge, *mélancolique*, ayant pris du vin d'antimoine, eut une attaque d'épilepsie après laquelle il resta une telle sensibilité du bras *gauche* que la seule impression d'un air un peu frais et agité suffisait pour déterminer des mouvements du cou, de la joue, et quelquefois même de la tête. Les variations de l'atmosphère et les affections morales vives ramenaient les accès épileptiques. Cet état dura quatre années, pendant lesquelles le malade se plaignait fréquemment d'une douleur sourde dans le côté droit de la tête, sous le pariétal. A l'ouverture du corps on trouva, à l'endroit qui avait été le siège de la douleur, la substance corticale du cerveau endurcie et comme squirreuse ; au-dessous, existait un abcès du volume d'un œuf de poule, plein d'une matière jaunâtre granuleuse, tapissé d'une muqueuse mollasse et recouvert dans le fond d'une substance rouge livide."

Comme vous le pressentez déjà, cette observation, qui date depuis plus d'un siècle, renfermait tous les éléments qui permettraient d'affirmer à première vue, dans l'état actuel de nos connaissances, une relation pathogénique étroite et évidente entre ces manifestations périphériques de convulsions épileptiformes et la lésion cérébrale constatée à l'autopsie : foyer d'encéphalite avec ramollissement ayant atteint l'écorce grise du cerveau, à *droite*, phénomènes convulsifs partiels, au *bras gauche*, ayant eu comme symptôme précurseur une *mélancolie* assez frappante pour que l'auteur ait cru devoir la mentionner dans l'observation. Cette mélancolie n'est, à vrai dire, rappelée que d'une manière tout-à-fait incidente dans l'histoire du cas, sans que l'auteur ait cherché à la rattacher par aucun lien à la cause pathogénique de la maladie ; elle me paraît cependant acquérir une importance toute particulière, si on la considère à la lumière de nos connaissances actuelles. En effet, c'est une altération de l'état psychique qu'on rencontre fréquemment et d'une manière persistante dans la plupart des encéphalopathies artérielles chroniques et diffuses ; et dans cette observation que nous analysons, ne paraît-elle pas avoir été le premier témoin objectif de la lésion pathogénique fondamentale qui devait aboutir à l'abcès cérébral et qui, en atteignant l'écorce, avait déterminé les crises de l'épilepsie partielle ?

Mais il manquait aux anciens observateurs les connaissances récentes de la physiologie expérimentale qui nous ont révélé le rôle fonctionnel distinct de la plupart des foyers de l'écorce motrice de l'encéphale et qui nous permettent,

aujourd'hui, d'interpréter si facilement les phénomènes périphériques dont l'origine doit être rattachée aux lésions irritatives ou destructives de ces foyers corticaux.

Il ne faut donc pas s'étonner si les premiers travaux de Bravais et les observations encore plus précises de Jackson qui, tout en nous faisant connaître les trois modalités cliniques de l'épilepsie partielle, affirmaient la relation de cette maladie avec des lésions de l'écorce grise, aient passés inaperçus, dans le temps, précisément par le défaut de ces connaissances physiologiques propres à en faire apprécier et accepter les conclusions.

Bravais, se guidant sur les signes objectifs des spasmes périphériques, avait su reconnaître, avant tout autre, les trois types cliniques qui caractérisent le syndrome jacksonnien ; il les avait désignés sous le nom de *type facial*, *type brachial*, *type crural*, selon que la convulsion partielle a son siège primitif dans la face, dans le bras ou dans la jambe.

Disons, de suite, que cette localisation primordiale du spasme périphérique constitue la chose fondamentale à apprécier pour établir le diagnostique non-seulement du type clinique de l'épilepsie partielle, mais aussi du siège anatomique de la lésion cérébrale depuis, surtout, que nous connaissons les relations intimes qui existent entre les phénomènes moteurs périphériques et les centres corticaux moteurs de l'encéphale.

Rappelons également un autre caractère bien distinctif du syndrome jacksonnien, c'est que les spasmes convulsifs d'abord limités à un ou plusieurs groupes musculaires, dans la périphérie, quel que soit le type, ne se propagent aux parties avoisinantes ou d'un membre à un autre que d'une *manière systématique et suivant un ordre invariable* qui, comme nous le verrons, correspond absolument à l'ordre topographique des centres corticaux moteurs.

Type facial : Dans le *type facial*, la crise débute par un spasme *localisé* dans l'un des groupes musculaires de la face ou du cou, muscles de la commissure des lèvres, du menton, de l'œil, ou les massétors. Ce spasme, ainsi limité, s'étend rapidement à tous les autres groupes de muscles de la même région ; il est tonique d'abord : de là la déviation forcée de la bouche, d'un œil, ou de la tête, comme première manifestation de l'accès : de là, aussi, quelquefois, le trismus des mâchoires qui peut surprendre la langue entre les arcades dentaires et en produire la morsure avec l'écume sanguinolente à la bouche, comme dans l'épilepsie essentielle ; de sorte que l'on aurait tort, dit Brissaud, de continuer à considérer cette morsure de la langue comme un élément de diagnostic absolu entre l'épilepsie partielle et l'épilepsie essentielle ou généralisée. La période tonique qui marque le début d'une crise épileptique est toujours de courte durée ; la phase clonique succède bientôt ; la face devient grimaçante, agitée de secousses ou de mouvements de latéralité d'abord rapides, puis de plus en plus éloignées, selon le caractère du clonisme. Tel est le *type facial simple.*

Le spasme convulsif ne reste cependant pas toujours limité à la partie primitivement envahie ; il tend souvent à envahir le membre supérieur : l'épaule s'élève, puis le coude et l'avant-bras, qui se tord en pronation, les doigts se ferment, par suite de la contraction tonique au début des différents groupes

musculaires, et en moins de quelques secondes, les mêmes secousses cloniques qui agitaient la face et le cou se communiquent à tout le membre supérieur.

Si la cause pathogénique réagit encore avec plus d'intensité, les spasmes gagnent les muscles du tronc de la cuisse et de la jambe du même côté ; le membre inférieur se raidit dans l'extension forcée, pendant la contraction tonique ; puis apparaissent les secousses cloniques caractéristiques qui, généralisées ainsi, à tout un côté du corps, peuvent faire soupçonner, à première vue, une attaque de l'épilepsie essentielle. Tel est le *type facial associé.*

Type brachial : Dans le *type brachial*, la localisation primordiale du spasme se manifeste généralement dans les muscles du pouce et de la main ; elle s'étend rapidement à tous les autres segments du bras ; le poignet se tourne en pronation, le pouce et le doigt s'étant fermement fléchis, pendant le spasme tonique ; puis les secousses cloniques apparaissent presque aussitôt. Si la convulsion, par suite d'une irritabilité plus grande de l'écorce grise tend à se généraliser, elle gagne l'épaule, le cou et la face. On a alors le type brachial associé.

Enfin, si l'irritation centrale est encore plus énergique, le tronc et le membre inférieur sont atteints en dernier lieu. Le type brachial simple ou associé au facial est celui qui se rencontre le plus communément.

Type crural : Dans le type crural, qui est la plus rare des modalités cliniques de l'épilepsie jacksonnienne, le spasme, au début de l'accès, se fait sentir, de même que l'aura, dans les muscles du gros orteil et du pied, il s'étend rapidement à la jambe et à la cuisse qui prennent l'attitude de l'extension forcée pendant la contraction tonique ; mais les convulsions cloniques peuvent apparaître d'emblée. Et si, comme pour les types précédents, la cause excitante des centres nerveux réagit avec une intensité croissante, l'onde convulsive se propage successivement vers le tronc, le membre supérieur, et n'atteint la face qu'en dernier lieu. Tel est l'ordre invariable suivant lequel se développent les phénomènes moteurs périphériques dans l'épilepsie symptomatique des lésions corticales : c'est là le trait le plus caractéristique sur lequel nous devons porter notre attention dans l'analyse du syndrome jacksonnien.

Jamais on n'observe la propagation d'un spasme monoplégique de la jambe à la face, ou de la face à la jambe, sans que le bras dont le centre est intermédiaire dans la zone motrice n'ait été touché. On n'observe pas non plus la propagation directe du bras à la jambe sans que la face n'ait été envahie.

Il ne s'agit là, comme vous pouvez vous en convaincre facilement, en jetant un regard sur le schéma de l'écorce du cerveau, que d'une question d'anatomie topographique ; l irritation cérébrale, qui est le point de départ des troubles moteurs périphériques, se propageant comme une onde, ou à la manière d'un courant électrique, à travers l'écorce grise, ne peut atteindre successivement les divers centres moteurs qu'en suivant l'ordre de leur topographie anatomique. C'est bien là un phénomène identique à celui qui nous est mis en lumière par l'expérimentation électro-physiologique citée plus haut.

Mais ces trois modalités cliniques, dont nous venons de donner la description, ne résument pas toute la symptomatologie de l'épilepsie partielle ou hémiplégique. Aux spasmes convulsifs de la crise, qui est toujours plus ou moins

périodique, vient s'ajouter, le plus souvent, toute une série de symptômes concommittants, qui précèdent ou qui suivent, et dont quelques-uns, par leur persistance, peuvent faire hésiter le diagnostic ou confondre la maladie.

Parmi les phénomènes qui précèdent la crise, nous devons mentionner en premier lieu, l'*aura* ou souffle, sorte d'avertissement passager, qui est presque toujours le même, pour chaque crise, chez un même sujet.

L'aura peut être motrice, sensitive ou simplement psychique. Il importe de remarquer ici que cette aura, ou cet avertissement particulier, dont l'épilepsie essentielle offre de fréquents exemples, est néanmoins plus constante et plus nettement perçue dans l'épilepsie partielle ou symptomatique.

L'*aura motrice* peut n'être qu'une sorte de trémulation musculaire ou une contraction subite et fugitive dans un groupe de muscles ou dans un seul muscle d'un membre ou de la partie qui doit être le siège du spasme primordial. C'est comme le premier signal d'un danger que l'on pourrait peut-être encore conjurer, car, à cet instant, une compression brusque et énergique, un coup porté sur le segment du membre atteint peuvent parfois faire avorter l'accès convulsif.

L'*aura sensitive* peut n'être qu'une sensation plus ou moins douloureuse perçue dans l'organe qui doit être le point de départ des convulsions ; d'autres fois, la sensation prend son origine dans les organes internes. Les caractères de cette aura peuvent varier à l'infini, depuis la sensation d'une douleur térébrante ou tabétique dans un membre, d'une angoisse à la poitrine qui rappelle les manifestations de l'angine, jusqu'à un simple trouble sensoriel de la vue, de l'ouïe, du goût ou de l'odorat. Mais ces sensations sont presque toujours identiques, chez le même sujet; ce qui fait que le malade qui les éprouve sait toujours à quoi s'en tenir, et ne se trompe pas sur cet avertissement auquel l'accès convulsif manque rarement de faire suite. L'aura sensitive peut apparaître isolée ou indépendante, mais elle est souvent associée à l'aura motrice.

L'*aura psychique* peut se traduire par des hallucinations des sens assez nettes et susceptibles d'être analysées par le malade lui-même ; il n'est pas rare, non plus, qu'elle soit caractérisée par un état d'esprit dont le sujet est incapable de se rendre compte ; "il peut cependant garder la conscience de cette transformation de son moi," et se livrer à des actes impulsifs dont il serait difficile de le tenir responsable. Souvent, il y a suppression absolue de conscience et perte de connaissance, surtout lorsque les convulsions intéressent les muscles de la face.

En somme, on peut dire que l'aura psychique, avec ou sans perte de conscience ou de connaissance, associée ou non avec les aura motrice ou sensitive de la face, appartient presqu'exclusivement au type facial de l'épilepsie jacksonnienne, tandis que les types brachial et surtout crural ne présentent guère que les aura motrice et sensitive. Dans ces derniers cas, le malade assiste, avec conscience, au développement de sa crise, depuis l'aura initiale jusqu'à la dernière secousse musculaire clonique ; non-seulement il la voit, mais il la sent, il l'apprend, pour ainsi dire, par cœur, et peut lui-même la raconter (Fournier). Il ne perd sa conscience que si la crise, d'abord limitée à un seul membre, ne vient, à

la fin, intéresser les muscles de la face dont le centre cortical moteur semble en rapport plus étroit avec les centres qui servent aux manifestations de l'idéation.

Parmi les *phénomènes concommittants* qui font suite aux accès de l'épilepsie partielle, les plus importants à apprécier sont le *stertor*, les *troubles intellectuels*, et les *paralysies*.

Stertor : Lorsque la perte de connaissance a été absolue, le malade, même après que les derniers spasmes ont cessé, reste dans un état de résolution complète, souvent avec la respiration stertoreuse, et garde les apparences du coma, de l'apoplexie ou de l'éclampsie, pendant un quart d'heure ou une demi heure. Lorsqu'il revient à sa conscience, il conserve quelquefois les signes de l'obnubilation intellectuelle ou d'un abrutissement qui peut durer quelques jours. Il souffre de céphalalgie ; et il n'est pas exceptionnel qu'il subisse une période d'excitation cérébrale, avec hallucinations violentes et délire furieux (Albertini). D'autres n'éprouvent qu'une aphasie transitoire (Jackson, Ferrier).

Lorsque les attaques se répètent fréquemment, ou se suivent presque sans interruption, qu'ils deviennent comme subintrants, l'affaiblissement intellectuel, après chaque crise, est de plus en plus marqué et le malade court le risque d'être emporté par des complications apoplectiques, ou, s'il survit à cet état de mal prolongé, on peut voir apparaître les signes d'une déchéance intellectuelle progressive qui peut aboutir à la démence. On comprend facilement que des congestions passives prolongées, l'hypertension vasculaire, qui résultent des crises répétées de convulsions épileptiques, puissent produire à la longue l'altération des petites artères de l'encéphale, la dégénérescence des tissus qu'elles nourrissent, et qu'elles exposent, de plus, au danger de la rupture de ces vaisseaux avec ses conséquences : apoplexie, hémiplégie, et même la mort pendant les attaques.

Paralysies : Les paralysies constituent un symptôme concommittant peu fréquent, dans l'épilepsie partielle, mais assez intéressant à étudier, dans certaines conditions : j'aurai à vous en faire connaître un cas qui mérite de fixer l'attention par ses particularités et sa pathogénie.

Les paralysies post-épileptiques ont été signalées par Todd et Jackson et bien décrites par Pitres et Dutil ; elles sont caractérisées par une perte partielle ou totale de la fonction motrice volontaire des groupes musculaires ou des membres que les convulsions ont intéressés au maximum ; elles sont presque toujours flaccides et exclusivement motrices. Elles constituent avec l'aura motrice et sensitive les phénomènes concommittants les plus fréquemment associés dans les *types brachial* et *crural* de l'épilepsie ; tandis que l'aura psychique, la perte de conscience, l'état apoplectique, le stertor, les troubles intellectuels représentent, comme nous l'avons déjà indiqué, les phénomènes les plus inhérents au *type facial*. Ces paralysies sont indiquées, par les auteurs, comme passagères et d'un pronostic peu grave ; on ne voit pas mentionné, non plus, qu'elles s'accompagnent de dystrophies musculaires : cependant, le cas dont je vous entretiendrai, tout à l'heure, vous montrera un exemple, tout à fait particulier,

d'une paralysie post-épileptique durable et compliquée d'une atrophie musculaire très marquée, avec perte de réflexe.

Abordons maintenant l'étude de l'étiologie pathogénique de cette variété d'épilepsie décrite par Jackson et que tous les pathologistes s'accordent à rapporter aux lésions irritatives de l'écorce grise de l'encéphale.

A première vue, lorsqu'on se trouve en présence du syndrome de l'épilepsie partielle ou hémiplégique, s'il n'y a pas d'antécédents traumatiques qui puissent faire supposer un enfoncement d'une partie de la couche osseuse, d'une esquille irritant la surface corticale du cerveau, on est, tout d'abord, porté à supposer l'existence d'une tumeur superficielle quelconque qui agirait à la manière d'un corps étranger sur l'écorce (gommes, tubercules, caillots, gliomes, etc.) Mais il n'y a pas que ces productions morbides ou ces corps étrangers de la surface cérébro-méningée qui peuvent déterminer les convulsions de l'épilepsie partielle. Toutes conditions mécaniques inflammatoires ou même simplement toxiques ou vaso-motrices, capables de produire ce qu'on est convenu d'appeler l'*irritation* cérébrale, peuvent provoquer les troubles convulsifs périphériques.

Les recherches expérimentales de la physiologie, que nous devons à Ferrier, Fritsch, Albertini, Charcot, Frank, Pitres, etc., avaient établi, d'une manière indiscutable, que le syndrome de l'épilepsie partielle ne peut se produire sans que la substance grise de la région corticale motrice soit excité. Guidés par ces connaissances acquises, et mettant à contribution l'anatomie pathologique et les nombreux faits de la clinique, un grand nombre d'observateurs ont démontré, à la suite, que toutes les lésions superficielles de l'écorce, ou de la surface méningée de la région motrice ou rolandique, inflammations chroniques, pachyméningite, périencéphalite, adhérence ou ankylose cérébro-méningée limitée, collections sanguines ou purulentes, kystes, sont aptes, aussi bien que les tumeurs et les corps étrangers, à provoquer l'épilepsie partielle ou hémiplégique décrite par Bravais et Jackson. Brissaud émet l'opinion que la surface corticale étant inexcitable mécaniquement, comme nous l'avons déjà rappelé, les corps étrangers et les tumeurs n'arrivent probablement à produire les troubles moteurs périphériques que par l'irritation inflammatoire superficielle qui se développe dans leur voisinage. Par conséquent, lorsqu'on se trouve en présence de ce syndrome jacksonnien, et qu'il s'agit d'établir l'étiologie pathogénique, on ne doit pas négliger de rechercher des signes commémoratifs de l'une ou de l'autre de ces lésions inflammatoires, qui pour être moins apparentes et moins faciles à apprécier, n'en constituent pas moins des causes réelles et fréquentes de cette forme d'épilepsie.

Diagnostic : Le diagnostic de l'épilepsie jacksonnienne ne saurait offrir de difficulté lorsque la maladie se présente sous l'aspect de l'un ou l'autre des types cliniques isolés et nettement définis, facial, brachial ou crural, que nous avons décrits. On ne pourrait guère éprouver d'embarras, non plus, même en présence des types complexes et généralisés, si l'on prend le soin d'analyser le syndrome convulsif, et, surtout, comme nous ne saurions trop le répéter, de s'enquérir de *la localisation périphérique initiale du spasme et de son mode de généralisation si invariable et si caractéristique.* Certains symptômes concommit-

tants insolites, certaines formes larvées ou généralisées d'emblée peuvent, seules, faire hésiter le diagnostic.

L'épilepsie étant reconnue comme partielle, et, par suite, présumée symptomatique d'une lésion corticale de la région motrice du cerveau, il s'agit de bien déterminer quelle est sa nature et quel est son siège précis dans la zone des centres corticaux moteurs. Cette double appréciation est d'une extrême importance pour décider le choix de l'intervention thérapeutique qui peut être tantôt médicale, tantôt chirurgicale. Il n'y a guère de maladies des centres nerveux où la question du traitement chirurgical peut se poser aussi formellement que dans l'épilepsie symptomatique. Le diagnostic pathogénique et topographique mérite donc d'être judicieusement élaboré.

En dehors des antécédents traumatiques qui rendent toujours facile le diagnostic de la nature et du siège de la lésion, on doit songer, au point de vue pathogénique, aux tumeurs cérébrales, (gliomes, sarcomes, kystes hydatiques) ; aux maladies générales dont les proliférations isolées, à la surface cérébro-méningée se rapprochent des tumeurs (syphilis, tuberculose); aux lésions artérielles inflammatoires ou encéphalopathies superficielles chroniques, (pachyméningite, périencéphalite, adhérences cérébro-méningées); ainsi qu'aux diverses intoxications susceptibles d'exciter l'écorce et de déterminer les encéphalopathies artérielles. Ce sont les antécédents du sujet, les signes commémoratifs de l'évolution de la maladie, en même temps que les symptômes actuels qui servent à fixer le diagnostic sur l'un ou l'autre groupe de ces lésions pathogéniques.

Ce diagnostic bien élaboré sert le plus souvent à fixer le choix de la méthode thérapeutique. Les esquilles traumatiques, les tumeurs bénignes, les abcès superficiels réclament les secours de la chirurgie ; les lésions inflammatoires chroniques, surtout les lésions syphilitiques, sont plutôt tributaires de la thérapeutique médicale et hygiénique ; les tubercules isolés et même les proliférations cancéreuses de l'écorce, coïncidant fréquemment avec des lésions diffuses de même nature, ne peuvent guère bénéficier, d'une manière durable, d'aucune intervention active.

Une fois le diagnostic pathogénique bien élucidé, surtout si l'on croit se trouver en présence d'une lésion qui peut être justiciable de l'intervention chirurgicale, il importe d'établir le diagnostic topographique avec la plus extrême précision. C'est alors que l'on doit appeler à son secours les données de la théorie des localisations cérébrales et en faire l'application sur un schéma anatomique démontrant la limite des différents centres corticaux moteurs. C'est surtout dans ces conditions que l'on peut réaliser la justesse de l'axiome suivant formulé par Charcot, et dont la pathologie cérébrale a retiré les plus grands services : " *La nature des lésions est d'importance secondaire, leur localisation est tout.* "

Si l'on veut s'en rapporter à la description que nous avons donnée, plus haut, des trois types cliniques de l'épilepsie et aux données sur les localisations motrices du cerveau, on se convaincra facilement que le type clinique que revêt la maladie révèle assez sûrement le siège de la lésion dans l'étendue de la zone motrice.

Nous pouvons résumer succinctement, de la façon suivante, la topographie des lésions irritatives de l'écorce qui correspondent à ces trois types cliniques de l'épilepsie jacksonnienne :

Type facial : siège de la lésion irritative : à la partie inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes.

Type brachial : siège de la lésion à la partie moyenne de la frontale ascendante avec empiètement sur la pariétale ascendante.

Type crural : siège de la lésion irritative : à la partie supérieure des deux mêmes circonvolutions ou du lobule paracentral qui n'en est que le prolongement à la surface interne.

Telles sont les localisations fondamentales qui doivent nous servir de guides et de points de repère pour aller à la recherche des lésions de l'écorce par le moyen de l'intervention chirurgicale. Mais il importe de remarquer que la localisation d'une tension irritative ne peut jamais être aussi précise que celle d'une lésion destructive produisant la paralysie. En effet, l'irritation pathogénique, de même que le courant électrique, se propage comme une onde à travers l'étendue de la surface cérébrale et elle peut ainsi agir à distance du foyer véritable, tandis qu'une lésion destructive ne peut produire des troubles de paralysie que dans les parties dont les fonctions motrices relèvent directement du centre affecté.

Pronostic : Le pronostic est toujours assez sérieux ; il varie nécessairement selon la nature de la lésion pathogénique qui offre plus ou moins de chances au traitement médical ou à l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION

Maintenant, Messieurs, avant d'aborder la question si complexe du traitement de l'épilepsie partielle, permettez-moi de vous soumettre comme corollaire de cette étude un peu théorique, l'observation d'un cas de cette variété morbide qui emprunte une partie de son intérêt à deux symptômes concommittants insolites dans l'histoire de l'épilepsie jacksonnienne, le vomissement cérébral et une paralysie atrophique, avec perte de réflexe, dans le membre qui avait été le siège principal des convulsions.

Cette observation vous donnera un exemple en même temps, des heureux résultats que l'on peut parfois obtenir par une thérapeutique purement médicale et palliative, dans ces types morbides dont les causes pathogéniques sont généralement peu accessibles, en dehors de l'intervention chirurgicale.

Les premières crises de la maladie dataient déjà de deux années, lorsque le malade s'est présenté à mon observation. Il m'était adressé par un de mes collègues de cette Université pour raffermir un diagnostic un peu hésitant, vu l'existence de symptômes concommittants insolites, et, aussi, pour me faire déterminer quel parti thérapeutique je pourrais espérer tirer des méthodes de l'hydrothérapie et de l'électrothérapie considérées, généralement, si utiles dans le traitement des maladies nerveuses.

A première vue, le symptôme le plus saillant qui frappait l'attention, chez ce sujet, était une perte de force musculaire dans la jambe gauche, qui paraissait

douloureuse et traînante dans la démarche. Sa figure portait les traces d'une anémie et d'une maigreur très prononcées. Il rapportait, de lui-même, les troubles de sa nutrition générale à une soi-disant dyspepsie qui s'accompagnait de vomissements fréquents.

A l'examen, la jambe gauche paralysée est flasque et manifestement atrophiée ; elle ne donne pas le réflexe rotulien qui est cependant conservé du côté opposé ; de plus, elle est le siège de raideurs, de trémulations et de sensations douloureuses presque continuelles.

En arrêtant notre attention à ces premiers éléments symptomatiques qui ne paraissent pas se rattacher par aucun lien pathologique évident, on eut été loin de soupçonner une cause pathogénique commune ayant son siège dans l'écorce de l'encéphale.

Mais en interrogeant le malade de plus près, au sujet de ses troubles dyspeptiques, il nous fait comprendre assez nettement que ses vomissements sont plutôt des régurgitations partielles des aliments ingérés, régurgitations qui surviennent à tout propos, sans effort, sans malaise ni douleur à l'estomac, sans nausée, et, le plus souvent, sans aucun avertissement.

Il était facile de remarquer que ces vomissements, ou, plutôt, ces régurgitations telles que décrites, se présentaient avec un caractère tout à fait différent de celui des vomissements qui appartiennent au syndrome dyspeptique ou des maladies de l'estomac, et qu'ils rappelaient absolument la caractéristique des vomissements d'origine cérébrale.

Cependant, le patient n'accuse pas de mal de tête habituel ni de vertige, ni aucun trouble visuel. Il raconte que, depuis deux ans, il a subi, à divers intervalles, dans sa jambe gauche, de *violentes crises de nerfs* et il nous révèle de plus que, en deux ou trois circonstances, ces crises convulsives, d'abord limitées au pied et à la jambe, ont gagné progressivement le tronc du membre supérieur, puis le côté correspondant de la face, et, pour une fois, lui ont fait perdre connaissance.

D'après ces derniers renseignements surtout, qui rappelaient tellement le caractère et l'ordre d'évolution de l'épilepsie jacksonnienne déjà décrite, nous ne pouvions hésiter à nous arrêter au diagnostic de cette maladie De toute évidence, nous avions affaire à une forme d'épilepsie partielle ou symptomatique d'une lésion de l'écorce grise motrice du cerveau. La localisation primordiale des sensations de l'aura et des spasmes convulsifs dans le pied et la jambe établissent nettement le *type crural* de l'épilepsie ; et, d'après les données de la théorie des *localisations cérébrales*, le foyer de la lésion devait être situé à la partie supérieure de la zone motrice, ou des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, ou dans le lobule paracentral, qui président aux fonctions de la motricité volontaire du membre inférieur. Il ne s'agissait plus que de rechercher les antécédents et les commémoratifs pour établir quelle devait être la nature de cette lésion.

Le patient est âgé de 38 ans. Il a toujours joui d'une santé robuste et d'un tempérament sanguin jusqu'à l'année qui a précédé l'éclosion des premiers symptômes de sa maladie. Il n'offre aucun signe de tuberculose, et l'histoire de sa

famille ne rappelle aucun antécédent tuberculeux. Il n'a jamais été exposé à l'infection syphilitique, et n'a pas souffert d'accident récent à la tête. Mais, il y a quatre ans, il a abandonné son négoce habituel pour entreprendre un commerce plus étendu, qui lui a imposé de plus grandes préoccupations et un véritable surménage intellectuel. Six mois après, il a commencé à ressentir, vaguement d'abord, cette dépression intellectuelle et morale qui fait présager la neurasthémie grave ou les affections chroniques de l'encéphale : inaptitude au travail, indifférence à tout ce qui l'entourait. Son état s'aggravant, il en était venu à éprouver un véritable dégoût pour ses propres affaires, puis il tomba dans une mélancolie profonde, qui fut marquée, pendant quelque temps, par de fréquentes impulsions au suicide. En même temps, son caractère était devenu de plus en plus irritable, et il était porté à ne rechercher que l'isolement. Son sommeil devint de moins en moins réparateur, et, pendant une période de quelques semaines, l'insomnie fut presque complète. Il continuait encore de se rendre assez régulièrement à son magasin, mais il se plaignait d'une très grande sensibilité au froid, et souffrait surtout du refroidissement des extrémités inférieures. Cependant, sa nutrition générale ne semblait guère altérée, il conservait un bon appétit, sa digestion lui paraissait normale, et il ne ressentait aucun mal à la tête.

Au milieu de l'hiver de 1895, son attention fut attirée, un jour, par une sensation particulière dans le gros orteil et sur le dos du pied (ce qu'il désignait lui-même par l'expression de " petits agacements de nerfs ".) Quelques jours plus tard, il éprouva, deux ou trois fois, les mêmes sensations, qui s'étendirent cette fois jusque dans la jambe et le côté externe de la cuisse, en lui donnant l'idée d'une trémulation ou d'une sorte de mouvement de spirale à travers les masses musculaires. Un mois après ces premiers avertissements, les mêmes sensations se répètent à l'orteil, au pied, puis à toute la jambe, qui fut prise presque immédiatement de raideur ou d'extension forcée et devint agitée, peu après, de secousses convulsives violentes et douloureuses, d'abord rapides mais de plus en plus éloignées à la fin, selon le caractère du *clonisme*. Le même jour, il éprouva deux autres attaques, dans lesquelles les spasmes convulsifs gagnèrent le tronc, le bras et la face du même côté, et lui firent perdre connaissance. Le médecin qui fut alors appelé, soupçonnant une maladie grave au cerveau, lui commanda de s'éloigner du centre de ses affaires et de se donner un repos intellectuel complet, par un séjour à la campagne.

Un mois après ce changement de milieu, de nouvelles crises, identiques à celles que nous avons décrites, se répétèrent, avec une intensité et une fréquence encore plus grandes ; elles devinrent comme subintrantes et extrêmement douloureuses, le plus souvent limitées à la jambe, mais s'étendant parfois tantôt au tronc et au bras, tantôt jusqu'à la face du même côté ; et cela pendant trois jours consécutifs, de telle sorte qu'elles jetèrent le désespoir dans l'âme du patient, de tous ceux qui l'entouraient, et même dans l'esprit du médecin. Chose étonnante, malgré cette violence et cette fréquence des crises convulsives qui s'étendaient quelquefois jusqu'à la face, il n'y eut aucune perte de connaissance. Le malade, torturé par les douleurs les plus atroces, surtout à l'épaule, a pu

assister avec conscience à chacune de ces crises et il peut les raconter avec la plus grande précision.

Après trois jours de ces souffrances angoissantes, les orages nerveux s'apaisèrent enfin, mais non sans laisser, après eux, un tel endolorissement dans le membre inférieur, que le patient fut réduit à l'immobilité absolue pendant quinze jours, et ce ne fut qu'après trois mois qu'il put quitter le lit. Pendant cette même période, l'estomac était devenu intolérant et les vomissements apparaissaient avec le caractère particulier que nous leur avons décrit. La jambe gauche, condamnée à l'inertie par une douleur intense qui subissait une exacerbation au moindre essai de mouvement, présenta, d'abord, les signes d'un gonflement étendu auquel firent suite des signes non douteux d'atrophie et de paralysie. Les crises convulsives à *type crural* continuèrent de se répéter périodiquement tous les huit ou quinze jours, pendant plus d'un an, jusqu'à l'époque où le malade est venu sous mon observation ; l'intervalle entre les accès étant toujours marqué par différents troubles du sensitivo-moteur, sensations de raideur, de douleurs obtuses, de trémulation et de petites secousses cloniques qui s'étendaient du gros orteil, du dos du pied à la jambe et semblaieut se confondre avec les manifestations de l'aura dont le retour de chaque crise est immédiatement précédé.

Tels sont les commémoratifs dont nous avons cru devoir vous retracer la nature complète parce que nous les croyons propres à éclairer le diagnostic de la lésion pathogénique de ce cas particulier d'épilepsie jacksonnienne.

Permettez-moi de retenir votre attention sur quelques considérations pathologiques qui s'imposaient à notre esprit pour préciser ce diagnostic pathogénique si important au point de vue du pronostic et surtout du traitement, parce que c'est la nature de la lésion encore plus que sa topographie qui doit nous guider dans le choix de la méthode thérapeutique, soit médicale, soit chirurgicale.

Ici, nous n'avions pas d'antécédents traumatiques pour faire supposer un enfoncement de la table osseuse ou une esquille du crâne irritant l'écorce motrice. L'histoire du cas nous permettait d'éliminer, également, tout antécédent syphilitique et l'idée d'une gomme superficielle cérébro-méningée. Il en était de même pour la tuberculose dont le patient et toute sa famille paraissent absolument indemnes. On pouvait plutôt hésiter sur le diagnostic d'une tumeur cérébrale, kyste ou abcès superficiel, gliome. Mais, malgré le fait des vomissements de caractère cérébral, qu'on peut rencontrer dans ces cas, mais plus fréquemment dans les lésions de la base de l'encéphale, l'absence de céphalalgie ou de douleur limitée à un point de la surface cranienne, comme on l'observe presque toujours lorsqu'une tumeur vient irriter l'écorce grise et les méninges simultanément, l'absence également de parésie ou de sensations, de fourmillement dans les membres, qui précèdent souvent l'apparition des accès épileptiques, chaque fois qu'une tumeur primitivement développée dans les faisceaux sous-corticaux vient à irriter l'écorce et les méninges sus-jacentes, nous laissent trop de doute pour nous arrêter à la seule hypothèse d'une tumeur ou d'un abcès à la surface du cerveau.

Il ne nous restait qu'à refaire la synthèse des commémoratifs et à rechercher

les symptômes qui caractérisent l'évolution des lésions pathogéniques du troisième groupe que nous avons citées, les *lésions artérielles* ou *inflammatoires chroniques*, qui, d'après Brissaud, interviennent pour une large part dans l'étiologie de l'épilepsie jacksonnienne.

Le patient, âgé de 38 ans, qui a toujours joui d'une santé parfaite, n'était ni goutteux, ni diabétique, ni alcoolique, et ne pouvait guère être soupçonné d'artério-sclérose ou d'athérome. Mais il a subi une période de surménage intellectuel et de surexcitation dans les affaires commerciales, pendant que, dit-il, il habitait un magasin très froid et humide, ce qui lui paraissait être la cause du refroidissement habituel des extrémités. Les premiers symptômes de la maladie se sont traduits par une mélancolie progressive, une dépression mentale, une obnubilation de l'intelligence, avec perte de mémoire et changement de caractère que l'on observe ordinairement dans les encéphalopathies artérielles, syphilitiques ou autres, de l'encéphale dans la première période de la méningo-encéphalite ou de la périencéphalite chronique.

La prédominance des symptômes moteurs périphériques dans un seul membre, siège de troubles sensoriels permanents et de l'aura, en même temps que l'absence de manifestations délirantes, indiquaient que l'encéphalopathie avait été circonscrite et laissait soupçonner vraisemblablement une complication d'exsudat superficiel ou d'adhérence cérébro-méningée dans une partie limitée de la zone motrice d'un seul côté.

Je ne saurais terminer cette étude sans m'arrêter à quelques considérations sur la pathogénie des deux symptômes concommittants que nous avons signalés comme associés d'une manière insolite au syndrome de l'épilepsie jacksonnienne chez notre sujet.

Les vomissements ne se rencontrent pas régulièrement dans toutes les maladies organiques du cerveau. Ils sont particulièrement plus fréquents dans les affections de la base, de la protubérance ou du cervelet. Leurs causes occasionnelles, dans ces conditions, sont surtout les changements d'attitude ou de position; ils sont souvent accompagnés de vertige. Dans le cas qui nous occupe, le vertige caractéristique n'existait pas, et les changements d'attitude n'exerçaient aucune influence sur la production des vomissements, et rien dans le symptôme, par conséquent, ne pouvait établir une présomption contre le diagnostic d'une lésion siégeant à la partie supérieure de la zone motrice de l'une des hémisphères.

Maintenant, pour ce qui regarde l'interprétation pathogénique de la paralysie et de l'atrophie musculaire du membre, siège primitif des spasmes convulsifs de l'épilepsie partielle, trois questions fondamentales se présentent à l'esprit pour en arriver à une explication satisfaisante. *Cette paralysie et cette atrophie doivent-elles être rattachées directement à la lésion cérébrale, ou à une lésion secondaire des faisceaux conducteurs et des cellules des cornes grises antérieures de la moëlle, ou à une altération purement périphérique des nerfs et des muscles?* en d'autres termes, *ces symptômes concommittants de l'épilepsie jacksonnienne*, chez notre malade, étaient-ils *d'origine cérébrale, myélopathique ou purement périphérique?*

Les maladies corticales ou sous-corticales du cerveau, tumeurs, hémorrha-

gies, ramollissement, peuvent déterminer, dans les membres d'un seul côté, des paralysies suivies de contractures et quelquefois d'atrophie musculaire. C'est, alors, par une influence bien reconnue, c'est en portant atteinte aux faisceaux sous-corticaux et pyramidal par un processus de sclérose ou de dégénérescence secondaire qui, en se communiquant aux cellules des cornes grises antérieures, centre trophique des muscles, provoquent les troubles trophiques en même temps que les troubles moteurs. Mais, chose importante à noter, ce processus de sclérose s'accompagne invariablement d'une exagération des *réflexes qui faisait complètement défaut chez notre malade.*

Quant à supposer une influence inhibitoire, ayant son point de départ dans une lésion du cerveau et agissant à distance sur la nutrition des muscles, sans intéresser les faisceaux de conductibilité et les cellules des cornes grises antérieures de la moëlle autrement que par une altération purement dynamique, le fait, sans pouvoir être nié d'une manière absolue, est tout à fait exceptionnel. Raymond, successeur de Charcot à la Salpêtrière, rapporte quatre cas de tumeurs cérébrales, suivies de paralysies et de convulsions, dont deux ne présentèrent à l'autopsie qu'une altération secondaire des faisceaux conducteurs, sans altération appréciable des cellules de la moëlle, et deux autres seulement, celui de Quincke et de Wegner, n'offraient aucune trace de dégénérescence secondaire, ni dans les faisceaux, ni dans les cornes grises de la moëlle épinière.

C'est en se basant sur ces faits aussi peu nombreux que nouveaux que Quincke a émis l'hypothèse : "Que dans l'écorce grise du cerveau il existe à la fois des centres moteurs et des centres trophiques distincts les uns des autres."

Mais Raymond ajoute qu'il ne peut se porter garant de l'exactitude de cette hypothèse et qu'il ne la donne que pour ce qu'elle vaut, en attendant de nouveaux faits.

Une paralysie incomplète, limitée à un seul membre, précédée de raideur et de spasmes, suivie d'atrophie avec perte des *réflexes* est un phénomène qui pouvait laisser soupçonner, à première vue, une myélite hémilatérale.

Mais une myélite limitée à une seul segment de la moëlle, *idiopathique*, non progressive, est une telle rareté en clinique qu'il n'en faut guère tenir compte. On la rencontre, au contraire, comme élément important du syndrome des myélites hémilatérales *symptomatiques* du développement d'une gomme syphilitique, d'une tumeur quelconque, cancer ou tubercule, aux dépens du canal osseux ou des méninges spinales.

Ces myélites par compression, à part qu'elles ne présentent pas les véritables crises épileptoïdes que nous avons décrites et qu'elles ont une évolution bien distincte, s'accompagnent presque invariablement d'un point douloureux *fixe* sur le parcours de la colonne vertébrale : point qu'il importe toujours de rechercher dans l'analyse de tout syndrome myélitique.

Notre malade, qui n'était ni cancéreux ni syphilitique, n'offrait à l'observation aucun point douloureux sur l'axe vertébral ; ce qui, joint aux manifestations bien confirmées d'une épilepsie corticale, devrait éloigner l'idée d'une myélite hémilatérale par compression comme cause pathogénique de la paralysie atrophique de la jambe.

Mais nous avions à penser qu'il existe un autre groupe de lésions nerveuses qui se traduisent par la *paralysie* et l'*atrophie* avec *disparition des réflexes*, c'est la *névrite périphérique.*

Il suffira, pour le cas qui nous occupe, de vous rappeler les crises de convulsions presque subintrantes, excessivement douloureuses et violentes dont le sujet a été atteint, un mois après le début de sa maladie, le gonflement avec endolorissement extrême, puis l'atrophie et la perte de réflexes qui ont fait suite à ces premiers phénomènes morbides dans la jambe qui avait été le siège principal des spasmes convulsifs pour faire admettre qu'on se trouvait bien là en présence de conditions pathogéniques très propres à développer, comme par une influence traumatique, l'inflammation secondaire dans les nerfs et même dans les muscles du membre affecté.

En admettant cette hypothèse d'une névrite périphérique, associée ou non à la myosite, on peut s'expliquer facilement la parésie et l'atrophie consécutives de la jambe ainsi que la perte du réflexe patellaire qui sont apparues chez notre malade à la suite des plus violentes crises de son épilepsie partielle. Nous ajouterons qu'un retour assez marqué de ce phénomène de Westphal, après cinq mois de traitement, nous paraît également confirmatif du diagnostic de névrite périphérique, auquel nous nous étions arrêté au début, car la réintégration des nerfs et des fonctions qui en dépendent est un fait presque habituel dans les névrites.

Traitement : D'après ces conceptions pathogéniques auxquelles nous nous étions arrêté pour établir le diagnostic de la nature de la lésion cérébrale et la pathogénie de la paralysie atrophique de la jambe, le choix de la méthode thérapeutique nous semblait suffisamment indiqué.

Nous n'avions aucune raison de songer à l'intervention chirurgicale, comme l'indication s'en fut présentée dans les suites d'un traumatisme ou dans la présomption bien établie d'un abcès ou d'une tumeur superficielle de l'écorce du cerveau. Dans l'hypothèse d'une lésion primitivement artérielle, subaiguë et chronique, vraisemblablement compliquée de sclérose ou d'adhérence, le premier traitement à essayer ne pouvait être que palliatif. Nous devions, en premier lieu, chercher à diminuer l'excitabilité des éléments nerveux de l'écorce et du centre spinal en même temps que de modifier, si possible, l'état des vaisseaux et la nutrition de la zone affectée.

L'électrothérapie, par la méthode d'Erle, ou la galvanisation centrale du cerveau, nous parut le meilleur moyen de réaliser ce double but : électrode positive sur le front, et sur la région temporale droite, qui correspondait de plus près au siège de la lésion corticale, séance de 5 à 10 minutes tous les jours, au début et tous les deux ou trois jours, une fois la sédation obtenue et les crises épileptiques éloignées et disparues.

Contre la parésie et les troubles de la nutrition nerveuse de la jambe gauche qui nous semblaient devoir être rapportés à une névrite et myosite consécutives aux violents accès de convulsions épileptiformes, à type crural, nous avons cru utile de recourir à l'hydrothérapie chaude et froide mitigée (douches écossaises), associée aux frictions et massage, pour revenir ensuite à l'électrisation.

Les résultats obtenus après les trois premières semaines de traitement furent les suivants : les accès de convulsions partielles à la jambe ne s'étaient répétés que deux fois, tandis que, durant les derniers mois qui avaient précédé, les crises survenaient tous les 8 ou 10 jours et donnaient 7 à 8 accès par jour à chacune de ces périodes ; le malade se trouvant ainsi réduit à une impuissance presque complète. Les vomissements étaient moins fréquents, la nutrition s'était améliorée, comme le prouvait une augmentation de poids de sept livres. L'état moral s'était relevé d'une manière frappante.

Le traitement interne, par les iodures, fut alors institué concurremment à l'électrothérapie, après consultation avec son médecin habituel. L'amélioration fut progressive et assez rapide. Après deux mois, le patient put commencer à s'occuper activement de ses affaires qu'il n'a pas été obligé d'interrompre depuis. Durant les derniers cinq mois, deux crises seulement, très légères, sont survenues ; les vomissements sont de plus en plus rares, la nutrition s'est réparée presque complètement, et le poids qui n'était que de 112 livres, en octobre dernier, est aujourd'hui de 143, ce qui a été pour le sujet un poids normal depuis plusieurs années. Chose importante à noter, le réflexe rotulien qui était nul durant le premier mois est aujourd'hui facile à constater, quoique plus faible et un peu plus lent qu'à l'état normal. Cependant, l'atrophie musculaire du membre affecté est encore manifeste et persistante, bien que l'énergie et la résistance des muscles soient en partie recouvrées, le malade pouvant marcher souvent sans canne et se livrer à des exercices assez actifs.

Depuis près de trois mois, les accès d'épilepsie partielle semblent être complètement éloignés, mais le sujet n'en continue pas moins de ressentir, dans sa jambe, les mêmes troubles de la sensation musculaire qu'au début : trémulation, raideur partielle plus ou moins douloureuse, et quelquefois un véritable clonus intérieur, mais non accompagné de mouvements extérieurs appréciables. Ces diverses sensations ont le plus souvent leur localisation primordiale au gros orteil et sur le dos du pied comme l'aura, avec laquelle elles semblent se confondre. Elles tiennent presque constamment l'attention du malade en éveil et sont comme un avertissement qui trahit la persistance d'une lésion irritante dans l'écorce de la partie supérieure de la zone motrice.

Malgré les bons effets qui ont suivi le traitement, plutôt palliatif, que nous avons institué par les agents physiques et les iodures, le pronostic pour l'avenir comporte les plus grandes réserves. En effet, la lésion désormais, passée à l'état chronique, tient du processus de la sclérose, et on ne peut la faire disparaître complètement. Tout au plus, peut-on espérer éloigner les crises en modifiant l'excitabilité cérébrale et régulariser la fonction de la nutrition générale. Le malade devra donc se résigner à vivre dans un état d'imminence morbide continuelle, toujours plus ou moins exposé à rencontrer des conditions physiques ou morales capables de provoquer une recrudescence de son épilepsie partielle.

QUELQUES NOTES

SUR UN CAS DE MORTALITÉ ASSEZ ÉTRANGE

A LA SUITE D'UNE INJECTION DE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE "ROUX" (1)

Par le Dr P. V. FAUCHER, de Quebec.

Jos Bérubé, agé de 17 ans, grand, gros et fort, vient à mon bureau le 11 décembre 1896, vers 3 heures, P. M., me demander avis sur " un mal de gorge " dont il souffre depuis une quinzaine de jours.

Au début, un médecin consulté diagnostique la diphtérie et lui ordonne des applications intérieures et extérieures à la gorge. 12 ou 13 jours après, les symptômes sont disparus. Il est assez bien le 10 Dec., pour sortir de sa chambre et jouer à la balle au dehors, une bonne heure durant. Le lendemain, son mal de gorge revient, mais léger : de là sa sortie du collège et sa visite à mon bureau.

Sa santé, en apparence, est excellente : le pouls bat normalement à 82 ; le pharynx est un peu congestionné ; sur l'amygdale gauche on voit une petite plaque grisâtre que je crus d'abord être de formation récente et d'origine diphtéritique. L'amygdale droite est un peu plus grosse qu'à l'état normal, mais ne semble pas malade. Pas de fièvre ; aucune élévation de température au thermomètre. Le malade n'a eu que de légers maux de gorge depuis son enfance : aucune autre maladie.

Je lui injecte, séance tenante, 10 cc. de sérum antidiphtérique " Roux " dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale, après avoir pris les précautions antiseptiques ordinaires.

Il retourne chez lui et garde sa chambre.

28 heures après, je me rends auprès de mon malade qui se plaint alors de malaise, de sécheresse à la gorge, et de vomissements opiniâtres. Pouls à 78, plein, frappe bien, mais sec, semblant indiquer un obstacle dans la grande circulation. L'intelligence est parfaite ; aucune douleur vive ; peau sèche ; température 98°. 2 F. Les deux amygdales sont devenues noires ; la plaque grisâtre est disparue. Sur la luette et sur le palais mou on peut voir quelques petites hémorrhagies sous la muqueuse. Le malade n'a pas eu de selles, et n'a uriné qu'une fois et peu depuis la veille. Les matières vomies, même la glace, sont colorées brun, et les urines, me dit le malade, sont bleu foncé.

Il accuse sur le bras gauche, surtout au coude et au poignet, une douleur et un gonflement légers. Sur le cou-de-pied apparaissent quelques petites taches de pétéchies.

J'ordonne une diète absolue, moins un peu de glace et de champagne, et un bain d'eau chaude.

Le lendemain, température 100° F., pouls 96, vomissements continuels et de même nature que la veille ; le malade passe un peu d'urine renfermant de

(1) Communicaton à la Société Médicale de Québec, séance du 28 avril.

l'albumine ; les pétéchies sont plus nombreuses aux pieds, quelques-unes se montrent sur les mains et sur les oreilles. Regard plein d'anxiété, mais intelligence parfaite. Le 14, j'appelle à mon aide Mr le Dr. Ahern.

" Au premier abord, me dit le Docteur, on ne le dirait pas malade. " En effet, il ne semble pas y avoir de dépression, ni mentale, ni physique, et la figure réflète la santé.

Le poignet et le bras gauches sont gonflés et douloureux. Il y a des pétéchies sur les pieds, sur les doigts et sur les oreilles. Même état de la gorge. Suivant l'avis du Dr. Ahern, je fais transpirer le jeune homme à l'air surchauffé, sec, et le malade passe le lendemain une urine plus abondante et

presque sans albumine. Légère selle ; mais les vomissements restent incoercibles. Les pétéchies augmentent et envahissent peu à peu tout le corps. La luette et les amygdales sont noires et tombent littéralement en lambeaux. L'apparence est encore bonne, moins cet air d'anxiété que l'on n'aime jamais à rencontrer. Le sang suinte partout, par la peau et les muqueuses, du nez, des intestins (selles noires), de la vessie, de la bouche. etc.

Le 16, même état avec un léger délire, dans un demi-sommeil

Le 17, je remarque que les pétéchies semblent toutes se grouper aux articulations et en radiations, suivant les courbes des troncs nerveux à leur point de départ des centres et dans leur distribution, comme vous pouvez le constater par les photographies ci-jointes prises ce jour-là. Il y a de vives douleurs au poignet et au coude gauches.

Le soir, son état empire avec délire, mais non violent : je désespère de mon malade qui ne se soutient que grâce aux substances absorbées par le rectum.

Du 17 au 22, il persiste dans ses vomissements incoercibles : il tombe dans le colapse et meurt dans la nuit du 23.

La température a toujours été normale ou en bas de la normale, moins la deuxième journée où elle s'est élevée à 100° F. le soir.

Jamais je n'ai pu retracer un ganglion cervical ou autre.

Quelle est la cause de cette mort, me suis-je demandé ? Le bacille de Loffler ou sa toxine ?... Il est possible. Toutefois, l'examen microscopique et les cultures d'une portion de ces amygdales gangrenées, prises trois jours avant la mort, n'ont pu retracer le bacille et n'ont donné que des résultats négatifs après des recherches minutieuses faites par mon bienveillant confrère, le Dr. M. Brophy : voici ce qu'il m'écrit à ce sujet :

" *Mr. le docteur Faucher*,"

....." Le tube dans lequel vous avez mis un morceau de détritus de la gorge ne contenait, en culture sur sérum, ni bacille de la diphtérie, ni streptocoques, mais j'ai trouvé entre autres un gros bacille court, à extrémités arrondies, réuni à deux ou plus, sans capsule, lentement mobiles, etc."

De plus, les trois symptômes qui caractérisent une pharyngite diphtéritique, selon le Dr. J. Lewis Smith, je veux dire la fièvre, les gonflements et l'albumine dans les urines, font ici défaut. J'ai bien rencontré un peu d'albumine le deuxième jour, mais, 36 heures après, je n'ai pu en retrouver la trace.

J'avais donc affaire à un empoisonnement septique du sang ? Il est peu probable. Cet empoisonnement se rencontre chez ceux où les membranes sont étendues, profondément incrustées, et leur décomposition est accompagnée d'un écoulement fétide. Il y a toujours adénite ou cellulite cervicale qui cause un gonflement considérable du cou. Rien de tout cela ici. En outre, on n'a pu retrouver le streptocoque.

Le sérum contaminé, me direz-vous ? Je ne le crois pas, comme semblent le prouver l'absence de toute réaction locale à la suite de l'injection et la lettre suivante de Mr. Brophy, qui a eu la complaisance d'expérimenter avec la balance du sérum contenu dans le tube ayant servi pour ce malade.

Ste Foye, P. Q., Déc. 22 1896

Mr. le Dr. Faucher,
Québec.

Cher docteur,

J'ai examiné le sérum antidiphtérique, portant la date du " 15 nov. 1896 ". que vous m'avez apporté. Voici le résultat : à l'examen direct au microscope, rien. En culture sur gélose et sur gélatine nutritive, rien. En inoculation sur lapins à la dose de 3 cc., rien d'anormal. Donc ce sérum n'a pas été contaminé par des microbes étrangers, et il ne contient pas de toxines ayant une action pathogène sur les lapins. Je considère ce sérum normal.

Votre dévoué,

M. BROPHY, M. D. L.

Que conclure donc de tout ceci ? Que ce jeune homme est mort d'empoisonnement par le sérum antidiphtérique normal ? Je le crois, tout en regrettant aujourd'hui d'avoir oublié de demander à mon excellent ami, Mr. le Dr. Brophy, d'expérimenter avec les détritus de la gorge du malade par injections sur des animaux sains : c'eut été plus précis et plus complet.

Et d'ailleurs est-il possible qu'une injection de sérum normal donne lieu à de semblables symptômes et cause la mort ?

Quelques faits, isolés, il est vrai, mais assez nombreux cependant pour qu'on s'y arrête, semblent le prouver.

Permettez-moi de vous citer les notes suivantes prises un peu partout :

Dans le rapport publié par le Bureau de Santé de l'empire germanique, pour le premier quartier de 1895, nous trouvons que sur 2228 cas de diphtérie qui ont été traités par l'antitoxine, il y a eu :

207 cas d'exanthème.

103 cas d'exanthème scarlatinoïde, aussi bien que d'érythème multiforme.

75 cas d'éruptions ressemblant à l'urticaire.

2 cas de pemphygus.

24 cas de douleurs articulaires et des membres.

22 cas d'albuminurie.

16 cas de paralysie.

3 cas de syncope (cardiaque).

6 cas de fièvre élevée pendant un certain nombre de jours.

" Si on en déduit les cas d'albuminurie, de paralysie et de syncope, et qu'on

s'en tienne aux complications amenées par le sérum, on les retrouve dans 420 cas, c'est-à-dire 23. 3 par cent "

Voilà la conclusion de ce rapport cité par Gottstein.

Lenox Browne raconte que, sur 5 cas sous ses soins, 2 son: morts d'anurie complète, 35 à 45 heures après l'injection.

Engel-Bey affirme que bien souvent, après les injections de sérum, la faiblesse existant déjà a beaucoup augmenté, les enfants tombant dans un état de prostration, dont ils ne se relevaient pas. De même Pistis, Soltmann, Timmer, Guinon, Ronfilance, Alfœldy, Moizard et Bouchard, etc, citent un certain nombre de cas de colapse fatal survenant peu après des injections de sérum.

Peut-on enfin ne pas se rappeler la mort subite d'un enfant du professeur Langerhans, auparavant en bonne santé, qui succombe immédiatement après une injection d'antitoxine de diphtérie ?

Je termine par la citation du cas suivant, rapporté par Hagenbach, et qui se rapproche peut être le plus de celui que je viens de vous communiquer :

" Chez une enfant souffrant de diphtérie pharyngée sévère, de gonflements secondaires des ganglions et d'albuminurie, nous observâmes, 3 jours après une injection de sérum (10 c. c), l'apparition de pétéchies sur la peau, d'abord sur le cou, plus tard sur tout le corps, les membranes très étendues s'exfolièrent en quelques heures—24 heures après l'injection,—laissant des surfaces ulcérées saignant facilement. Il y eut coïncidemment chute complète de la fièvre.

Après un pronostic apparemment favorable pendant quelques jours, le septième jour après son entrée à l'hôpital, surviennent des vomissements abondants, qui, en dépit d'irrigations gastriques et d'alimentation rectale, ne purent être contrôlés. Trois jours après, la mort survint par colapse. " Les pétéchies cutanées, les hémorrhagies sur la muqueuse de l'intestin et la condition du cœur et des reins à l'autopsie, l'auteur croit devoir les attribuer au sérum...

" Cette forme de gastro-entérite hémorrhagique, dit un auteur, est une des compagnes les plus fréquentes et les plus caractéristiques de l'intoxication appelée " ferment de fibrine " (fibrin-ferment).—En tout cas, l'antitoxine est aussi capable de produire de semblables phénomènes, comme on peut le présumer en se basant sur les effets produits par l'injection intraveineuse de sérum hétérogène dans les expériences sur l'animal.—L'apparition d'une entérite hémorrhagique et folliculaire, après les injections de sérum, n'est donc pas un phénomène inattendu.

" De fait, il est remarquable de voir combien souvent, en sérumthérapie, les selles fétides et même sanguinolentes ont été observées.

En 1894, Schleich et Hansemann admettaient emphatiquement la possibilité de semblables accidents. N'est-il pas admis, en outre, par tous les sérothérapeutistes actuels, du moins par Roux, Behring, Guinon, etc., que des éruptions cutanées, entre autres l'urticaire et différents exanthèmes, sont des conséquences fréquentes des injections de sérum ?...

Les faits déjà cités et ceux qui suivent enlèvent tout doute à ce sujet : Cuno rapporte, en décembre 1896, que sur 483 cas de diphtérie traités par l'antitoxine, il y a eu 104 cas d'exanthème et 21 cas de douleurs articulaires.

Frank M. Pope relate deux cas d'urticaire sur 4 malades injectés avec du sérum contre la fièvre typhoïde.

En janvier dernier, Behring ne nie pas la possibilité de semblables accidents, mais il les attribue aux corps albumineux, aux sels, et aux impuretés accidentelles, qui tous n'ont aucune valeur thérapeutique.

Et il cherche alors un moyen d'éliminer du sérum ces substances nuisibles, tel que par des solutions concentrées et sous forme de poudres sèches.

Vous avouerez qu'on ne peut mieux admettre ces accidents du sérum, puisque le maître cherche les moyens de les faire disparaître.

M. Chapman, de Londres, cite, en avril dernier, un cas de traitement du tétanos par l'antitoxine, où surviennent une éruption sur le corps et une douleur, un œdème et gonflement de plusieurs articulations, symptômes qui persistent pendant trois semaines...

Le Dr J. W. Washbourn raconte 2 cas de pneumonie traités par le sérum antipneumonique. Les deux ont été atteints d'urticaires... De même, le Dr Samuel Boake se trouve en face d'un urticaire intense à la suite d'injections antistreptococciques.

Le Dr Roux, dans sa célèbre communication, à Buda-Pest, de ses premières expériences avec son sérum antidiphtérique, dit : " Parfois aussi, pendant la convalescence, nous avons vu survenir des éruptions, analogues d'aspect à l'urticaire, et provoquées par le sérum."

On ne peut être plus clair...

Et combien d'autres ? Car je ne cite ici que les cas qui me sont tombés accidentellement sous les yeux...

D'ailleurs, laissez-moi vous citer de la *Revue Médicale de Louvain*, du 25 novembre dernier, ces paroles qui résument bien ma pensée : "Il y a une toxine qui produit presque à coup sûr de l'urticaire, c'est la toxine diphtéritique, et les injections de sérum antidiphtéritique entraînent fréquemment l'apparition de cette éruption. Du reste, les autres sérums paraissent avoir une action identique sur le système vaso-moteur."

Mais sait-on quelle est la cause de l'urticaire ?...

Selon le plus grand nombre d'auteurs, la cause immédiate de cette affection se trouve en toutes probabilités, dans un trouble vaso-moteur d'origine centrale, peu importe la cause excitante. L'élément essentiel à la production de l'éruption est un spasme d'une branche terminale localisée de vaisseaux sanguins, suivi d'un relâchement de ces mêmes vaisseaux avec effusion subséquente de fluide, un œdème localisé de la peau. Ce qui confirme cette opinion, c'est que l'éruption disparaît entièrement après la mort, et des coupes microscopiques prises durant la vie ont révélé de l'œdème avec quelque transudation de leucocytes, et, apparemment, quelque dilatation de lymphatiques.

D'un autre côté, où trouver la cause du purpura ?...On en revient encore, ici, à un trouble vaso-moteur.—Le fait que des ecchymoses ou pétéchies ont été produites par des blessures du cordon spinal, et l'observation, faite depuis longtemps déjà par Weir Mitchell, que des points douloureux sévères, développés sur

la peau, sont, dans quelques cas, suivis d'ecchymoses, semblent confirmer la théorie d'origine nerveuse de la maladie...

Voilà bien, il me semble, deux affections qui ont une origine, une cause commune, et qui se touchent de bien près... Dans l'une, la cause ou l'effet de cette cause est léger : dans l'autre cas, la cause agit plus violemment. Voilà toute la différence : une question de plus ou de moins...

Et si le sérum normal peut causer l'urticaire, qu'il rencontre un terrain plus favorable et il fera naître du purpura...

Enfin, n'est-il pas raisonnable de croire qu'il peut y avoir des idiosynchrasies pour ces agents puissants comme pour les autres médications ? Ce sérum, qui est un médicament bienfaisant pour la plupart, ne peut-il être poison pour quelques-uns ?

Ou bien doit-on supposer qu'il existe une ou des périodes de la maladie, certaines conditions physiologiques ou pathologiques où l'antitoxine, loin de neutraliser l'effet de la toxine, vient faire cause commune avec elle et attaquer ce qu'elle devait défendre ? Je vous avouerai, en toute franchise que cette dernière idée me sourit, considérant ce qui se passe généralement après une injection d'antitoxine : une réaction vive qui guérit le plus souvent et rapidement ou qui s'ensuit d'un dénouement fatal, qui me paraît parfois accéléré.

Espérons qu'un avenir prochain nous éclairera plus parfaitement, et, qu'après la découverte d'un moyen si puissant et si efficace, viendra bientôt celle des limites de son administration.....

Paris, cette enfant gâtée du dieu des sciences, récèle encore des rayons, capables de dissiper les ombres qui enveloppent la sérothérapie, et les fils de l'immortel Pasteur, dont l'aîné, Roux, a déjà montré qu'il était digne de son père en sciences, n'ont pas dit leur dernier mot au monde des souffrants.....

Intoxication par un suppositoire belladonné.—Le Dr Deschamps a communiqué, à la Société de Médecine de l'Isère, une intéressante observation.

Notre confrère fut consulté par une dame, chez qui un trouble considérable de la vision était survenu brusquement; depuis ce moment la lecture était impossible.

A l'examen pas de lésion. On ne trouve qu'une paralysie totale de l'accommodation et une légère dilatation de la pupille.

Rien ne pouvait expliquer cet état quand la malade se rappela avoir mis, le jour où l'accident lui était arrivé, un suppositoire belladonné pour combattre des hémorrhoïdes. Deux jours après tout était rentré dans l'ordre.

Le Dr Audier, de Naples, a donné lecture, à l'Académie de Médecine, d'un travail dans lequel il décrit, sous le nom d'Astioles, de petits orifices siégeant à la surface des séreuses, orifices qui, d'après l'auteur, mettraient en communication les voies lymphatiques et même sanguines avec la surface des muqueuses.

ERRATUM

Dans la livraison de juin, page 379, au bas de la page, 31e ligne, au lieu de *cancer du sein*, veuillez lire *cancer du rein*.

"SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC"

Séance du 28 avril 1897

Cette séance est présidée par M. le Dr A. VALLÉE.

Le procès-verbal est adopté.

Les Messieurs dont les noms suivent sont admis comme membres actifs de la Société :

Dr Edwin Turcotte, Québec; Dr Edgar Morin, Hedleyville; Dr A. Rousseau, Québec; Dr Fluhmann, Roberval; Dr Albert Giroux, Isle-Verte; Dr Frs. Langlais, Trois-Pistoles; Dr Gingras, Québec.

Monsieur le Dr Brochu, professeur à l'Université Laval, avait préparé un travail d'un grand mérite sur l'épilepsie jacksonnienne. Après avoir démontré une série d'observations préliminaires sur les localisations cérébrales motrices, il nous fit l'étude clinique d'un cas de cette variété d'épilepsie compliquée de paralysie atrophique de la jambe, traitée avec succès par l'électricité.

Après ce travail, qui lui mérita de grands éloges, Mr le Dr Chs. Verge communiqua à l'assemblée un cas de pratique fort intéressant présenté par le Dr Jos. Langlais, de Trois-Pistoles. Ce travail, ainsi qu'un troisième, sur un cas de mortalité à la suite d'une injection de sérum "Roux," excessivement bien préparé, par le Dr P. V. Faucher, de Québec, terminent la séance. Il fut décidé, à l'unanimité, que la séance de mai serait exclusivement consacrée à la discussion de travaux aussi importants.

On ajourne à la 3ème semaine de mai.

C. R. PAQUIN, M. D.
Secrétaire.

De la hernie inguinale directe.—On sait que les anatomistes décrivent trois fossettes péritonéales sur la paroi postérieure du canal inguinal : la fossette externe, située en dehors de l'artère épigastrique, la fossette interne située en dedans de l'artère ombilicale, enfin la fossette moyenne, située entre les deux artères épigastrique et ombilicale.

Les pathologistes ont appelé hernie directe celle qui pénètre dans le trajet inguinal par la fossette moyenne.

Cependant, l'existence de cette hernie directe est controversée, et M. le professeur JEANNEL, de Toulouse, vient de faire sur ce sujet une leçon clinique, publiée dans les *Archives Médicales de Toulouse.* Pour lui l'existence de la hernie directe est indiscutable.

La lésion de la hernie directe c'est l'absence ou la disparition de la paroi postérieure du canal inguinal. Aussi, l'acte principal dans la cure radicale de cette hernie, c'est la réfection de la paroi inguinale postérieure, au moyen d'une suture de Bassini large et solide.

M. JEANNEL ajoute que dans toute cure radicale de hernie directe, il convient d'examiner le canal crural et souvent d'en pratiquer l'occlusion, pour prévenir une transformation de la hernie inguinale directe en hernie crurale.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

GUÉRISON RADICALE DU CANCER ÉPITHÉLIAL

CERNY et TRUNEÇEK, (de Prague.)—*La Semaine Medicale*, 4 mai 1897.

Les docteurs Cerny et Trunecek, de Prague, viennent de publier un important travail dans la *Semaine Médicale*, relatif au traitement du cancer épithélial par l'application externe sur le tissu cancéreux d'un mélange d'acide arsénieux dans de l'alcool et de l'eau.

Les auteurs se sont arrêtés à la formule :

Acide arsénieux pulvérisé	1 gramme (15 grains)
Alcool ethylique Eau distillée	} ãã 75 grammes (2½ onces)

Ils ont appliqué ce traitement à des cas de cancers exulcérés ou superficiels et ils procèdent comme suit :

Le foyer néoplasique est soigneusement nettoyé et abstergé ; il ne faut pas craindre, pendant cette manœuvre, de faire sourdre un peu de sang frais à la surface de la tumeur ; au besoin même, on cruentera l'ulcération cancéreuse sur une faible étendue, car il est indispensable que le contact du topique avec le tissu morbide s'effectue en présence de sang frais ; d'ailleurs quelques gouttes suffisent parfaitement, et, si le sang s'écoulait en trop grande abondance, il faudrait sécher un peu la plaie avant d'appliquer le remède. On agite alors la mixture arsenicale et, à l'aide d'un pinceau, on en badigeonne toute la surface du cancer. On laisse évaporer à l'air libre, puis on panse à plat, si c'est nécessaire, mais il est toujours préférable de laisser l'ulcère sans pansement.

A la suite de cette application, le malade éprouve généralement pendant quelques heures de la douleur, qui est du reste supportable. Dès le lendemain, le néoplasme est complètement recouvert d'une eschare produite par l'action de l'acide arsénieux. Chaque jour, un nouveau badigeonnage est pratiqué sur cette croûte qui, de jaunâtre qu'elle était au début, devient successivement brune, puis presque complètement noire.

Le premier jour, l'eschare est fortement soudée par sa base au tissu sous-jacent, et l'on ne pourrait l'enlever sans déterminer une large perte de substance aux dépens de la tumeur. En outre, elle est mince et ne recouvre parfois qu'une partie de l'ulcère ; mais elle s'épaissit peu à peu et finit par envahir toute la surface du foyer morbide. A ce moment, les douleurs ainsi que l'odeur repoussante dégagée par le processus de mortification se sont dissipées. Au bout d'un certain temps, on s'aperçoit que les bords de la croûte, moins adhérents, commencent à se soulever. Le sillon ainsi formé s'accentue chaque jour et une sérosité blanchâtre suinte des bords de l'ulcère. Le traitement est régulièrement continué jusqu'à ce que l'eschare, devenue facilement mobilisable, ne tienne plus au tissu sous-jacent que par quelques petits faisceaux fibreux ; on sectionne alors ces filaments et l'on enlève la croûte. Celle-ci, d'une épaisseur variable suivant les cas, offre une consistance très dure et est essentiellement formée de tissu cancéreux complètement momifié par l'acide arsénieux

L'eschare détachée, on badigeonne de nouveau avec la mixture arsenicale alcoolisée le fond de l'ulcère : si, le lendemain, l'on ne voit apparaître qu'une

croûtelle jaunâtre mince et facile à enlever, on peut être assuré que la plaie guérira toute seule et qu'il ne reste plus une parcelle de tissu carcinomateux dans le foyer pathologique. Mais, s'il se forme une croûte de couleur foncée, résistante, adhérente, il faut poursuivre le traitement jusqu'à la régression totale des derniers éléments cancéreux.

Au cours de la médication, les auteurs emploient parfois un topique plus énergique à 1 p. 100 et même 1 p. 80.

Dès qu'il n'existe plus trace de tissu cancéreux, on traite la plaie comme une plaie ordinaire et on couvre ses bords d'une pommade à la vaseline boriquée à 10 p. %.

Chez les sujets alcooliques, il faut absolument défendre l'alcool. Chez eux, la durée du traitement est plus longue. Pour les petits ulcères, le temps de guérison est d'ordinaire de 3 à 4 semaines; pour les vastes ulcérations, de 2 à 3 mois.

MM. Cerny et Trunecek appuient leur intéressant travail d'une série d'observations documentées de quelques photographies fort suggestives à l'endroit des résultats du traitement.

Ils ont pu, par leur méthode, provoquer la régression partielle d'un squirrhe du sein. L'application de ce procédé sur les ganglions lymphatiques envahis par le processus carcinomateux n'a pas produit sur eux d'effet bien appréciable.

Il ressort de l'étude faite par les deux médecins de Prague, que leur procédé est indiqué quand on a affaire à un cancer de la peau sans induration ganglionnaire, surtout lorsque le néoplasme siège sur une partie découverte du corps, aussi pour les cas de cancer de la langue. Malgré la concentration de la solution, aucun phénomène d'intoxication arsenicale n'a été observée.

La méthode des Drs Cerny et Trunecek avait été communiquée (sans la formule) à la Société Technique de Médecine, de Prague, il y a plus d'un an. Depuis cette époque, les auteurs ont poursuivi leurs recherches et sont arrivés à conclure que l'emploi de la mixture arsénico-alcoolique peut, dans certaines formes de cancer, amener une guérison sûre et radicale d'une maladie réputée incurable.—*Le Scalpel*, 9 mai 1897.

TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC.

Von Leube.—Communication au 26e Congrès de la Société Allemande de Chirurgie, tenu à Berlin, du 21 au 24 avril 1897.—*Le Scalpel*, 6 avril 1897.

Au Congrès de la Société allemande de chirurgie, 21 avril, la question du traitement de l'ulcère de l'estomac a été examinée successivement au point de vue médical et chirurgical; les progrès accomplis dans les opérations jadis réputées inabordables ont permis de discuter sérieusement les chances du traitement chirurgical de l'affection.

M. Von Leube a déclaré tenir avant tout à maintenir le rôle de la médecine dans le traitement de l'ulcère. Il a donné sur la méthode qu'il préconise depuis 15 ans des renseignements qui méritent d'être rappelés avec quelque détail :

Il débute par exiger des patients un repos complet : ils doivent rester au lit pendant 10 jours. Durant les premiers jours, l'épigastre est recouvert de cataplasmes aussi chauds que possible. Afin que les vésicules qui résultent des brûlures ne passent pas à la suppuration, la peau est nettoyée avec du sublimé avant l'application des cataplasmes et l'on applique au-dessous de ces derniers une compresse enduite de vaseline boriquée. Les bulles de brûlures se forment ainsi lentement, gênent peu le patient et ne suppurent pas. Les cataplasmes sont changés tous les 10 ou 15 minutes, la nuit on fait des applications de Priessnitz. Les douleurs spontanées disparaissent au bout de 5 jours et la sensation de pression ou de poids cesse peu à peu. Dans les cas rares où les douleurs persistent longtemps, il faut également prolonger l'emploi des cataplasmes.

Au bout de 10 jours, le patient peut se lever; il reçoit la nuit une compresse de Priessnitz, porte pendant le jour une ceinture de flanelle, doit s'étendre pendant 1 heure ou 2 après chaque repas et il doit enfin éviter pendant 5 semaines encore toute pression sur la région de l'estomac, soit par suite des vêtements, soit par une position courbée pendant le travail.

Au début, le malade observe une diète absolue. Pendant les 10 premiers jours, il prend seulement du lait, du bouillon, de l'eau gazeuse, et un quart de litre d'eau de Carlsbad par jour. Si le malade continue à vomir et que ce régime ne soit pas supporté, on a recours aux lavements alimentaires. Après cette première période, on permet les aliments un peu plus consistants, les bouillies, les œufs. Au bout d'une huitaine, on recourt successivement aux régimes suivants de la table des régimes dits de Leube : pendant 5 jours, 3e régime; pendant 7 jours, 4e régime ; la 5e semaine on permet une petite quantité de vin. Au bout de deux mois environ on revient au régime alimentaire ordinaire qui est repris avec précaution.

Leube n'administre aucun médicament, si ce n'est un peu de bicarbonate de soude, contre les douleurs provoquées par l'hyperacidité. Il emploie très peu l'opium. Contre la constipation existant toujours, il fait prendre du sel de Carlsbad.

Par ce traitement médical, il obtient, dit-il, 75% de guérisons environ. Il n'a recours au traitement chirurgical qu'après échec de la médication interne et surtout en présence d'hémorrhagies abondantes. Dans ces cas, il donne la préférence à la gastro-entérostomie. Il intervient encore directement dans les cas où la paroi stomacale épaissie et ses adhérences forment une tumeur, quand il y a un abcès et surtout quand il s'agit d'une perforation de l'ulcère. A son avis, les statistiques actuelles donnent 25 0/0 de succès dans les interventions chirurgicales de l'espèce.

M. Miculicz est plus partisan de l'intervention opératoire que M. Von Leube. Pour lui, la résection de l'estomac, la gastro-entérostomie et la pyloroplastie doivent se partager les cas à opérer. Il lit dans les statistiques que la mortalité des opérations dirigées contre l'ulcère de l'estomac va en diminuant avec les progrès de l'asepsie et l'expérience des chirurgiens. Il penche à admettre la théorie d'après laquelle le rétrécissement du pylore serait la cause de tout le syndrome pathologique de l'ulcère de l'estomac. La résection de l'estomac reste la plus mortelle des opérations.

D'autres chirurgiens, en reconnaissant que les indications du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac ne sont pas encore nettement établies, sont cependant unanimes à déclarer que l'échec absolu d'un traitement médical rigoureux est une indication sérieuse d'intervention pour le chirurgien et que la technique des actes opératoires portés sur l'estomac est en bonne voie d'amélioration.

LA SAIGNÉE ET LE SÉRUM ARTIFICIEL DANS L'URÉMIE AIGUË.

Un cas d'urémie aiguë guéri par le lavage du sang, par M. Bauby.—*Archives Médicales de Toulouse.*

Une femme de 35 ans, robuste, est prise de néphrite *a frigore*. M. Bauby la voit au quinzième jour de la maladie en proie à une crise dyspnéique interne. Ventouses scarifiées; purgatif drastique; régime lacté, caféine.

La situation, après une légère détente, s'aggrave et quelques jours après la malade semble perdue : rythme de Scheyne-Stokes, délire bruyant suivi de coma, etc.

M. Bauby pratique alors une saignée de 100 à 500 grammes et la fait suivre d'une injection intra-veineuse d'un litre et quart de sérum artificiel.

La saignée produisit une amélioration incontestable. Mais c'est surtout pendant l'injection de sérum artificiel et à la suite que le changement a été

remarquable. La respiration s'est ralentie et régularisée, une sorte de réveil s'est produit et la malade sortant comme d'un profond sommeil, a commencé à voir, à reconnaître son entourage ; elle a déclaré spontanément qu'elle se trouvait mieux, que son mal s'en allait.

Ce bon état s'est maintenu toute la journée. On a pu donner du lait sans provoquer de vomissements. Le soir, elle était en pleine transpiration et urinait un peu plus que les jours précédents.

Le lendemain, le résultat acquis s'est maintenu et la diurèse a notablement augmenté. Cependant, on était encore loin de la guérison complète, il y avait toujours de l'albuminurie et les symptômes d'intoxication n'avaient pas totalement disparu. Aussi, M. Bauby se résolut à faire une nouvelle injection de sérum ; mais, comme cette fois le temps n'était pas mesuré, il recourut à la voie sous-cutanée. Il introduisit ainsi 400 grammes de sérum. Les effets de cette nouvelle injection furent moins manifestes que ceux de la première ; mais néanmoins ils furent utiles, car quatre jours après on pouvait considérer la guérison comme complète.

En relatant ce fait dans les *Archives médicales de Toulouse*, notre confrère ajoute que si la voie sous-cutanée présente de sérieux avantages au point de vue de la facilité d'exécution, elle demande plus de temps pour l'injection de doses moindres, car le liquide forme sous la peau des bosses douloureuses dont la diffusion est lente, surtout chez les personnes grasses. De sorte que dans les cas où la gravité de la situation exige une thérapeutique prompte et rapidement efficace, il reste partisan de la voie veineuse.

Quant à la phlébite elle ne se développerait que sous l'influence d'une action microbienne à l'abri de laquelle on peut et on doit se mettre en usant d'une très rigoureuse asepsie. Quant à la formation des caillots emboliques, elle ne serait à craindre que si on laissait volontairement la canule en contact prolongé avec le sang. Si, au contraire, on l'introduit directement et déjà amorcée sans l'agiter au cours de l'opération et qu'on la retire avant la fin de l'écoulement, avant que le sang ne puisse refluer des collatérales, un tel accident est à peu près impossible.—*L'Abeille Médicale*, 9 mai 1897.

De la production du lait chez les nourrices.—Au Congrès de Gynécologie, M. Budin a signalé que chez les nourrices on pouvait arriver à augmenter la quantité de lait par l'entraînement. Dans son service des débiles, à la Maternité, il y a 14 nourrices qui sont arrivées à pouvoir nourrir 50 enfants plus les leurs. Il est vrai qu'elles étaient surmenées et on a dû réduire le nombre des nourrissons. Actuellement chaque nourrice allaite en moyenne 3 enfants plus le leur auquel on donne en outre un peu de lait stérilisé.

On peut arriver ainsi à faire produire à ces nourrices jusqu'à 2,800 grammes de lait par jour.

Ce point est intéressant au point de vue des nourrices employées dans la clientèle. Pour M. Budin, quand il s'agit d'enfants débiles, il conseille à la famille de prendre à la fois la nourrice et son enfant.

Quand la nourrice n'est plus tétée par un enfant vigoureux on voit, en effet, la sécrétion se tarir immédiatement ; quand au contraire l'enfant de la nourrice continue à téter sa mère, le petit débile peut boire facilement un lait qui coule pour ainsi dire tout seul.

M. Guéniot est venu confirmer cette opinion. Il a rappelé que les éleveurs savent bien que, lorsqu'on ne trait pas les vaches à fond, le lait se supprime brusquement.

CHIRURGIE.

TRAITEMENT CONSERVATEUR DE LA COXALGIE CHEZ L'ENFANT

KIRMISSON.—Société de Chirurgie de Paris, séance du 25 mai.—*L'Abeille Médicale*, 5 juin 1897.

M. KIRMISSON croit que chez les jeunes coxalgiques le traitement conservateur est le plus souvent suffisant.

La coxalgie peut être traitée à 3 périodes différentes ; avant la suppuration, pendant la période de suppuration, et pendant la période des lésions osseuses profondes.

1° *Avant la suppuration*, c'est-à-dire pendant la première période, c'est à l'immobilisation qu'il faut donner la préférence. Il est inutile, le plus souvent, de faire l'extension continue. Pour pratiquer l'immobilisation, il suffit d'appliquer un appareil plâtré qui ne réduit pas l'enfant à l'immobilité absolue.

Il y a un antagonisme absolu entre l'immobilisation et l'extension continue. Quand on fait cette dernière, l'immobilisation de l'article n'est plus obtenue. L'extension continue maintient la cuisse seule: le tronc se déplace sur la cuisse, et souvent on observe alors une adduction du membre.

Dans l'attitude à donner au membre pour l'immobiliser il faut éviter à tout prix l'adduction qui produit l'usure de la tête fémorale et sa subluxation. Il importe d'immobiliser le membre dans une *position moyenne d'abduction*. Si le membre est déjà en attitude vicieuse depuis plus ou moins longtemps, il faut ou faire l'extension continue ou le redressement brusque.

M. Kirmisson est absolument opposé au redressement brusque du membre. Cette manœuvre favorise l'inoculation tuberculeuse et peut entraîner souvent la mort par généralisation de la tuberculose. Il préfère le redressement lent, par l'extension continue, avec ou sans section, à ciel ouvert, du tenseur du *fascia lata* ou du couturier. Si l'extension continue est inapplicable on fait l'ostéotomie sous-trochantérienne.

2° *Pendant la période de suppuration*. M. Kermisson est resté fidèle à l'éther iodoformé, car le naphtol camphré lui a paru donner des résultats moins favorables. Il fait 1, 2, rarement 3 injections d'éther iodoformé. Ces injections sont faites à des intervalles de 3 à 4 semaines.

Pour obtenir un succès complet, il est inutile d'évacuer tout le pus de l'abcès. On peut laisser, en effet, dans la poche une petite quantité de pus qui finit par se résorber spontanément.

3° Il existe des *lésions osseuses profondes, des fistules*. Le traitement conservateur n'est plus de mise. M. Kirmisson ne se rallie pas au curettage intégral des fongosités tuberculeuses. Il estime qu'il ne faut pas s'acharner à la poursuite de toutes les fongosités. Si l'on veut pratiquer des opérations trop radicales, on est souvent amené à faire des opérations complexes, difficiles, et souvent dangereuses. Il est souvent utile d'être plus réservé, de faire des opérations économiques (drainage, tunnélisation) qui donnent d'excellents resultats.

LE TUBAGE DU LARYNX

DELÉARDE —Société centrale de médecine du département du Nord.—*L'Abeille Médicale*, 5 juin 1897.

M. le Dr DELÉARDE, à propos d'une observation de diphtérie grave, a publié dans les Bulletins de la *Société centrale de médecine du département du Nord* quelques remarques à propos du tubage du larynx.

L'auteur n'a jamais vu les enfants tubés expulser le tube dans un effort de

toux, ni les fausses membranes l'obstruer. Cette absence d'accidents notre confrère l'attribue à ce qu'il met à l'enfant un tube d'un âge supérieur ; si le malade a 2 ans, il faut employer un tube de 3 à 4 ans ; s'il a 3 ans, un tube de 4 à 5, et ainsi de suite. Le tube entrera sans effort dans le larynx, s'y maintiendra bien en place et son orifice suffisamment large permettra une évacuation facile des mucosités bronchiques ou des fausses membranes liquéfiées.

M. Deléarde évite également avec le plus grand soin toute excitation pouvant provoquer la toux ; dans ce but il supprime immédiatement l'alimentation par la bouche, si le malade, même en prenant des quantités très faibles de liquides à la fois, offre de la difficulté à boire convenablement.

Le passage des liquides dans l'œsophage, lorsque le tube est dans le larynx, est non seulement douloureux mais encore pénible. L'épiglotte n'obstrue plus aussi facilement l'orifice du larynx, gênée qu'elle est dans ce mouvement par la partie supérieure élargie du tube ; quelques gouttes du liquide peuvent tomber dans la trachée, elles amènent des efforts de toux et le tube peut être expulsé. En outre, la chute des aliments dans les voies respiratoires peut être le point de départ d'une broncho-pneumonie grave.

M. Deléarde est opposé au maintien en place du fil que, par précaution, on fixe au tube au moment de son introduction. Le fil, dit-il, sert de conducteur aux aliments jusque sur le tube et par suite dans la trachée ; il sert également de voie de propagation aux agents infectieux et accroît les chances de l'éclosion d'une broncho-pneumonie presque toujours fatale. De plus, l'enfant irrité par la présence du fil dans la bouche est naturellement tenté de l'enlever ; il faut alors lui lier les mains ou lui attacher les bras le long du corps. Cette position fatigante autant que pénible pour l'enfant qu'elle prive de ses mouvements, ne saurait être prolongée bien longtemps : si le tube doit être conservé plusieurs jours elle devient insupportable. Il serait cruel de la prolonger plus d'une journée.

L'auteur recommande de recourir aux lavements nutritifs pendant tout le temps que l'enfant est au tube ; cette période du reste excède rarement trois jours, car la sténose laryngée, d'origine diphtérique, ne persiste pas plus longtemps si le sérum est injecté à doses suffisamment élevées.

On a préconisé le gavage par la sonde œsophagienne dans les cas où le jeune malade refuse toute alimentation. Il ne convient pas d'accorder une grande valeur à ce procédé, car il fatigue l'enfant et l'exaspère ; cette manœuvre est souvent même impraticable sur les enfants indociles ou trop jeunes pour obéir aux recommandations du médecin.

LE REIN MOBILE

Par M. le professeur Duplay (Hôtel-Dieu.)

M. le professeur Duplay a montré à ses élèves une femme atteinte de rein mobile et l'a opérée à la fin de sa leçon clinique.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, domestique. Elle ne présente aucun antécédent héréditaire à signaler. Comme antécédents personnels on relève la fièvre typhoïde à 13 ans, d'anciennes manifestations scrofuleuses, et un état nerveux prononcé ; elle a même eu quelques attaques d'hystérie, nettement caractérisées. Ses menstrues ont apparu pour la première fois à 17 ans ; depuis elle a été réglée irrégulièrement. Elle a eu quatre enfants, dont le dernier il y a dix-huit mois.

Au cours de sa seconde grossesse, il y a 7 ans, cette femme ressentit de vives douleurs localisées dans la région du rein droit, et qui, loin de disparaître après l'accouchement, s'exacerbaient à chaque époque menstruelle. Elle consulta à cette époque M. le professeur Tillaux, qui diagnostiqua un rein flottant et conseilla le port d'une ceinture.

Malgré l'usage de ce moyen de contention les douleurs augmentèrent pendant les deux grossesses suivantes, au point qu'après la dernière couche la malade dut abandonner sa ceinture dont la pression était devenue intolérable.

L'examen donne les résultats suivants : la femme étant dans le décubitus dorsal, on ne trouve dans l'abdomen aucune déformation appréciable à la vue. Si la malade se relève alors et s'assoie sur son séant on constate qu'il y a un intervalle entre les muscles droits, qui se contractent pour relever le thorax. Quand cette femme se tient debout son ventre tend à tomber sur le bassin et à prendre la forme en besace. L'écartement des droits, l'étalement du ventre et sa forme en besace indiquent quelle est la flaccidité de la paroi abdominale.

Avant de procéder à l'exploration manuelle de l'abdomen, M. le professeur Duplay a rappelé que, dans la recherche du rein mobile, cette exploration devait se faire dans quatre positions ; décubitus dorsal, décubitus latéral, position genu-pectorale, station debout.

Voici la technique de l'exploration dans le décubitus dorsal : les cuisses de la malade fléchies ou horizontalement étendues, le chirurgien pose une main à plat sous la région, et insinue deux ou trois doigts sous la fosse lombaire, dans le défaut costo-iliaque ; l'autre main, posée à plat sur le ventre, va, dans chaque mouvement d'expiration, au-dèvant de la main postérieure. On arrive ainsi à saisir le rein entre les doigts qui sont en arrière et la main qui est en avant.

L'examen ainsi conduit permet de reconnaitre tous les détails anatomiques du déplacement du rein ; on peut le faire descendre dans la fosse iliaque ou le remonter dans la loge lombaire.

Dans la station debout on peut constater nettement la descente spontanée du rein.

Dans le décubitus latéral droit, le rein tombe sous la main. Si la malade se tourne sur son côté gauche, le rein glisse en dedans et gagne l'ombilic, se plaçant en quelque sorte presque sous la paroi abdominale.

Ce dernier déplacement se manifeste encore davantage dans la position genu-pectorale.

M. Duplay a fait remarquer que, dans tous les cas de rein flottant, la symptomatologie était loin d'avoir des caractères aussi tranchés, aussi nets, aussi évidents que dans le cas actuel. Cette difficulté se présente soit quand le déplacement est peu considérable, soit quand la surcharge graisseuse de l'abdomen ou sa contraction en rendent l'examen peu praticable. Il faut alors avoir recours au procédé de ballottement rénal, décrit par Glénard.

La femme étant couchée sur le flanc du côté malade, on embrasse le défaut costo-iliaque entre le pouce et les doigts d'une main, qui reste, en quelque sorte à l'affût ; on recommande alors à la malade de faire de grandes inspirations, dans lesquelles le rein descend et vient se faire prendre dans la main qui le guette.

Dans la symptomatologie de la ptose rénale dominent deux phénomènes : les douleurs et les troubles urinaires. On les rencontre tous deux chez cette malade. La douleur, comme il a déja été dit, siège dans la région lombaire droite et présente des irradiations du côté de la fosse iliaque. Elle est permanente mais supportable. Au moment des règles (qui sont irrégulières et interrompues souvent pendant trois ou quatre mois), la douleur s'accroît momentanément et devient parfois très violente. La malade se plaint en outre de crises douloureuse survenant deux ou trois fois par mois, et qui durent pendant deux, trois et quatre jours.

La quantité d'urine évaluée en 24 heures est normale. Aucune altération chimique du liquide, à part un léger trouble, dû à du mucus. Mais, au moment des crises douloureuses, un phénomène très important se produit. La quantité d'urine diminue pendant la crise, sans toutefois aller jusqu'à l'anurie. Il y a rétention partielle du liquide urinaire. A la fin de la crise au contraire il y a des débâcles d'urine, qui sont assez importantes pour avoir attiré l'attention de la malade.

En somme, il s'agit donc d'un cas à diagnostic facile, évident.

Cependant cette maladie, parfois si aisée à reconnaître, n'a été reconnue que depuis une quarantaine d'années et cela grâce à Rayer.

Cette longue ignorance d'une affection parfois évidente est d'autant plus singulière qu'il s'agit d'une maladie très répandue.

En effet la fréquence de la néphroptose est considérable. D'après Lindner et Büttner, on la rencontrerait une fois sur 5 à 6 femmes examinées au hasard. Elle est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, dans la proportion de 87 pour 100. On la rencontre surtout de 20 à 40 ans et plus particulièrement de 30 à 40 ans. Elle est rare dans la jeunesse et dans la vieillesse.

L'unilatéralité est plus fréquente que la bilatéralité, et le rein droit offre à cet égard une prédisposition remarquable.

Parmi les causes déterminantes il faut citer les traumatismes directs ou indirects, produisant une sorte de luxation de l'organe, tels que : chute sur le défaut du rein, sur les pieds ou les genoux. On doit relever aussi les efforts : quintes de toux, vomissements, accouchements, etc.

Toutes las causes qui déterminent une augmentation de volume ou de poids du rein peuvent en occasionner le déplacement. La simple congestion de l'organe, et particulièrement la congestion menstruelle, l'hydro-néphrose, les tumeurs du rein, rentrent dans cette catégorie.

Des causes extrinsèques, telles que certaines affections d'organes voisins, peuvent exercer sur le rein une action mécanique, tendant à le chasser de sa loge. Ainsi peuvent agir les tumeurs des capsules surrénales, les tumeurs du pancréas, les néoplasmes du foie pour le côté droit et ceux de la rate pour le côté gauche. On a même attribué une action mécanique analogue à la distension des viscères creux avoisinants, particulièrement de l'estomac et du côlon.

Toutes les maladies qui produisent un amaigrissement rapide et profond de l'organisme, fièvres graves et maladies cachectisantes, peuvent faire fondre l'atmosphère graisseuse enveloppant et suspendant le rein et produire par suite l'abaissement de cet organe.

D'autres parts, certaines affections, qui déterminent par leur développement une distension considérable de la paroi abdominale, ont pour effet après leur disparition d'entraîner une diminution de la pression intra-abdominale en même temps que d'amener le relâchement de la paroi. Sous cette double influence le rein peut se mobiliser. Ainsi agissent : la laparotomie pour des tumeurs intra-abdominales, la ponction de l'ascite, l'accouchement, etc.

Pour expliquer la fréquence du rein mobile chez la femme et la prédominance de la lésion au côté droit, on a invoqué différentes causes. Pour le premier point on a successivement incriminé les grossesses qui amènent la distension et la perte d'élasticité des parois abdominales. et l'accouchement qui, par les efforts qu'il nécessite, détermine la mobilité de la glande, les congestions rénales survenant à chaque époque menstruelle, enfin les affections utérines qui agiraient sur le rein par voie réflexe. Pour la seconde question on a incriminé l'influence du corset, qui tend à chasser le foie de sa place et détermine de la sorte une pression indirecte sur le rein.

Dans le cas particulier, les grossesses et les accouchements au nombre de quatre ont eu une influence manifeste. En effet, les premiers symptômes de rein mobile ont apparu lors de la deuxième grossesse, et, à chacune des suivantes, les symptômes ont subi une aggravation sensible, en rapport sans doute avec le déplacement progressivement plus marqué de l'organe.

La malade dont il s'agit est atteinte de cette variété clinique de ptose rénale appelée forme douloureuse, à côté de laquelle on distingue les formes neurasthénique, gastro-intestinale, urinaire.

La *forme douloureuse* est caractérisée par une douleur localisée au niveau de la fosse lombaire, douleur plus ou moins persistante, souvent accompagnée de diverses irradiations en particulier le long de l'uretère. De plus, on observe à

peu près constamment des crises douloureuses ou tout au moins une exacerbation de la douleur, survenant au moment des règles.

Cette douleur atteint parfois un degré d'acuité extrême, au point de simuler une péritonite aiguë (moins la fièvre), l'iléus intestinal, la colique hépatique ou néphrétique. Elle a été désignée par Diettel sous le nom d'*étranglement rénal*. Souvent les crises douloureuses, quelle qu'en soit l'intensité, se terminent par une débâcle urinaire marquant la cessation de tous les accidents.

On est d'accord aujourd'hui pour attribuer la production de ces crises douloureuses à la production d'une hydro-néphrose par coudure ou torsion de l'uretère.

2° *Forme neurasthénique.*—Elle se rattache souvent à la précédente par ses manifestations douloureuses du côté du rein. Ce qui permet d'en faire une classe à part, c'est l'éclosion d'une série de symptômes en rapport avec l'affaiblissement du système nerveux, tels que céphalalgie spéciale, hyposthénie musculaire, troubles sensitifs, etc., etc.

3° *Forme gastro-intestinale.*—Elle est caractérisée par l'existence de troubles digestifs variés, de poussées congestives du côté du foie avec ictère, etc.

4° Enfin, on a décrit *une forme urinaire*, caractérisée par des troubles de la miction, polyurie, oligurie ou même anurie complète, par du ténesme vésical, des épreintes et enfin par des altérations chimiques de l'urine, laquelle peut contenir de l'albumine, du sang et du muco-pus. Nombre de ces symptômes se rattachent évidemment à l'infection de l'hydro-néphrose consécutive au rein mobile. Cette forme est d'ailleurs la plus rare et, dans la majorité des cas, il n'existe aucun trouble de la sécrétion urinaire, aucune altération de l'urine, sauf, bien entendu, dans les cas d'étranglement rénal ou de crises douloureuses dues à l'hydro-néphrose intermittente.

Le pronostic de la ptose rénale est grave à cause des complications possibles.

Cette affection peut guérir quelquefois à la suite du traitement médical, qui a pour but la réduction du rein déplacé et son maintien dans la situation normale. La réduction se fait par manœuvres externes ; le maintien est obtenu avec des ceintures munies ou non de pelotes.

Si ces moyens de contention échouent, si les accidents déterminés par le rein mobile se répètent, une intervention opératoire est justifiée.

Le traitement chirurgical comprend deux opérations : la néphrectomie et la néphropexie.

La première n'est indiquée que lorsqu'il existe des lésions profondes du rein déplacé. La néphropexie au contraire constitue l'opération de choix. Elle permet, après avoir remis le rein à sa place, de le fixer dans sa loge, et par conséquent fait cesser tous les accidents. C'est la *restitutio ad integrum*.

C'est cette dernière opération qu'a pratiquée M. le professeur Duplay et il en a ainsi résumé le manuel.

Le sujet est couché sur le côté sain, un coussin rond étant enfoncé dans l'échancrure iléo-costale, de façon à faire saillir la région à opérer. On trace une incision à 5 ou 6 travers de doigt des apophyses épineuses, et, par conséquent, parallèle au bord du carré des lombes, partant de la onzième côte et descendant à deux travers de doigt au-dessous de la crête iliaque. On sectionne successivement la peau et les tissus sous-cutanés, puis l'aponévrose superficielle de la masse sacro-lombaire et le bord inférieur du grand dorsal, enfin l'aponévrose profonde de la masse sacro-lombaire (feuillet moyen de l'aponévrose postérieure du transverse). On reconnaît le bord externe du carré des lombes qu'on déjette en dedans pour démasquer le feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse sur laquelle repose la partie postérieure de la graisse périrénale.

Cette aponévrose est incisée, puis la graisse périrénale. On recline ensuite le côlon ascendant et la graisse qui l'entoure en dehors et en même temps l'on refoule en haut le cul-de-sac pleural.

A ce moment, un aide réduit le rein en exerçant une pression profonde par

la paroi abdominale antéro-latérale. L'organe reconnu dans la plaie, on procède à sa dénudation avec les deux index.

Le rein dénudé, on place deux fils de soie plate ou de catgut No 3, qui traversent sa capsule et même une petite partie de la substance rénale, l'un en haut à la hauteur de la douzième côte et l'autre en bas. Le rein traversé de la sorte à ses deux extrémités est maintenu par un aide, ce qui permet à l'opérateur de procéder à sa décortication.

Enfin on fixe les fils en traversant, en haut, l'aponévrose ou carré lombaire et les parties fibreuses qui entourent la douzième côte, en bas, le bord du muscle d'une part et ses aponévroses d'autre part. Les fils sont noués en arrière en serrant modérément.—*L'Abeille Médicale*, 3 avril 1897.

Vient de paraître

RAYMOND.—**Leçons sur les maladies du système nerveux** (année 1895-1896), par F. RAYMOND, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière. Deuxième série. Octave Doin, éditeur, Paris, 8 Place de l'Odéon, 1897.

Ces leçons, recueillies et publiées par le Dr E. Ruklm, ami et collaborateur de M. le professeur Raymond, contiennent les leçons doctrinales du vendredi et quelques-unes de celles du mardi, professées par le savant clinicien, à la Clinique de la Faculté de Paris, à la Salpêtrière, pendant l'année 1895-1896. Elles ont été délivrées dans le même esprit et suivant les mêmes règles que les leçons de la première série, auxqeulles elles s'enchaînent étroitement.

Le programme suivi par l'auteur est éminemment pratique et propre à éclairer dans l'esprit de ses lecteurs, comme il l'avait dans celui des auditeurs, les problèmes si ardus que comporte le diagnostic des maladies nerveuses.

L'auteur résume lui-même son programme dans ces quelques mots :

" Partir d'un fait clinique, pour envisager les problèmes de pathologie ner-
" veuse, tels qu ils se présentent dans la réalité, en montrant combien souvent
" l'individualisme pathologique des maladies s'harmonise peu avec les descriptions
" didactiques des maladies, produits d'une synthèse arbitraire ou prématurée."

Pour atteindre ce but, l'auteur, je devrais dire le clinicien, car il s'agit d'une œuvre éminemment clinique, commence toujours, avant d'aborder un nouveau sujet, par présenter le malade au lecteur, et lui en communiquer l'observation, puis il fait la description des symptômes qu'il offre. Le tout est fait d'une manière tellement graphique, tellement vivante, que l'on semble, en lisant, voir le malade devant soi et pouvoir le toucher presque du doigt. Enfin, il discute le diagnostic, tire les conclusions, établit le pronostic et prescrit le traitement.

Pour ceux qui n'ont point l'avantage d'assister aux cliniques du maître à la Salpêtrière, cette méthode a l'inestimable avantage de les faire profiter du si remarquable champ d'observation des maladies nerveuses qu'offre la Salpêtrière, puisqu'on leur en présente les malades les plus intéressants ; en même temps les paroles éloquentes du maître parviennent jusqu'à eux. Ce n'est pas ici la lecture aride d'un ouvrage didactique, c'est la mise en scène sous les yeux du lecteur d'une façon vivante et frappante du plus beau matériel pour l'étude des maladies du système nerveux qu'il y ait au monde.

Ce livre se recommande à l'étudiant qui y trouvera un guide sûr dans la description détaillée et minutieuse des symptômes ; au praticien qui y trouvera de précieuses indications thérapeutiques que le maître n'a pas ménagées ; et au savant qui y trouvera des conceptions neuves et originales pour l'édification des théories scientifiques.

Dans ces leçons, le maître étudie à fond les polynévrites et leurs rapports avec la paralysie ascendante aiguë et la poliomyélite antérieure. Il traite aussi longuement de l'évolution générale du tabès et du traitement de l'incoordination motrice par la rééducation des muscles chez les malades atteints d'ataxie. Les troubles psychopathiques de la miction sont aussi l'objet d'une étude spéciale.

G. V.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DE L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET

Par M. SCHWAB, ancien interne des hôpitaux.

Les accoucheurs, à l'heure actuelle, sont loin d'être d'accord sur la meilleure conduite qu'il convient de tenir en présence d'un avortement incomplet, c'est-à-dire quand, après l'expulsion du fœtus, l'arrière-faix est resté en totalité ou en partie dans la cavité utérine. Les uns—et le professeur Tarnier est de ce nombre— s'appuyant sur l'innocuité fréquente de la rétention placentaire dans l'avortement et sur les dangers des interventions, préconisent une thérapeutique d'expectation. mais à condition que cette expectation soit aidée d'une antisepsie rigoureuse D'après ces auteurs, s'il survenait quelque complication soit hémorrhagie, soit infection, il serait toujours temps d'intervenir.

Les autres admettent que l'avortement incomplet est un état dangereux et pour le présent et pour l'avenir ; que le placenta retenu dans l'utérus devient rapidement "un hôte dangereux dont il faut par tous les moyens favoriser l'expulsion" ; Chaleix et Audebert veulent qu'on intervienne toujours, alors qu'au bout de quelques heures l'arrière-faix n'a pas suivi le produit de conception. Ces auteurs, dans un travail récent, ont plaidé avec chaleur la cause de l'intervention rapide dans tout cas de rétention placentaire, que celle-ci soit simple ou compliquée d'hémorrhagie ou d'infection.

D'autres accoucheurs enfin, moins conservateurs que les premiers, moins intransigeants que les seconds, estiment que l'intervention est légitime dans certaines conditions bien déterminées, que la rétention de l'arrière-faix soit ou non compliquée d'accidents.

Les arguments d'ailleurs ne manquent ni aux abstentionnistes ni aux interventionnistes pour défendre et légitimer leur manière de faire.

Les auteurs, qui prêchent l'expectation appuyée sur l'antisepsie parfaite du vagin, font valoir les raisons suivantes : tout d'abord, depuis l'ère antiseptique, la rétention même prolongée du placenta dans l'avortement n'est plus une source d'accidents fréquents. Dans le traité de MM. Tarnier et Budin, on trouve notés les chiffres suivants : "Sur 22 cas observés à la Charité, dans lesquels il y avait eu rétention du placenta après l'expulsion du fœtus, pas une seule fois il n'est survenu d'hémorrhagie au moment de l'expulsion de l'arrière-faix, et chez trois femmes apportées à l'hôpital avec la fièvre, les symptômes de septicémie ont disparu rapidement grâce aux injections antiseptiques. A la Maternité, dans le service du professeur Tarnier, il y eut 24 cas de rétention ; deux femmes (dont une apportée malade du dehors) ont eu des phénomènes d'infection : elles ont guéri sans difficulté ; la troisième, qui avait de la fièvre lors de son entrée, mourut de pneumonie 14 jours après son avortement." Et MM. Tarnier et Budin concluent : "l'avortement incomplet abandonné à lui-même ne donne que très rarement lieu aux complications qui paraissent aujourd'hui si redoutées." Ces phrases sont écrites en 1886 ; actuellement encore, en 1897, le professeur Tarnier suit la même ligne de conduite qu'il y a 11 ans (Clinique inédite). Il admet d'ailleurs que les manœuvres digitales ou instrumentales qu'on peut employer, pour faire la délivrance artificielle après l'avortement, ne sont pas sans dangers. Les doigts sont souvent insuffisants pour détacher et entraîner le placenta ; les pinces sont dangereuses ; la curette risque ou de laisser dans l'utérus des débris de placenta ou de provoquer une perforation de l'utérus.

En résumé, on n'interviendra que s'il y a hémorrhagie ou septicémie.

Tout autres, au contraire, sont les arguments des intervensionnistes ; pour ceux-ci il serait toujours imprudent et dangereux d'attendre, pour délivrer la femme, qu'on ait la main forcée par une hémorrhagie grave ou une septicémie. Le placenta, disent-ils, a peu de tendance, dans les premiers mois de la grossesse, à se décoller ; il séjourne souvent longtemps dans la cavité utérine, exposant la femme aux redoutables complications de la putréfaction du placenta ou de l'hémorrhagie. Cette hémorrhagie peut survenir très intense et d'une façon inopinée, soudaine. La septicémie peut s'installer sourdement ; le placenta retenu et décollé en partie se putréfie avec une grande rapidité. Rarement la rétention de l'arrière-faix reste innocente. La septicémie, résultant de la rétention placentaire, peut être généralisée ou localisée. Dans ce dernier cas, elle demande souvent à être dépistée et laisse à sa suite de l'endométrite, de la salpingite, de la pelvi-péritonite chronique. Enfin la rétention prolongée partielle ou totale du placenta peut être le point de départ de polypes placentaires, voire même de déciduomes malins. En somme, l'avortement incomplet constitue un état dangereux pour la parturiente ; celle-ci reste en imminence d'accidents graves pouvant se manifester subitement. La meilleure conduite à tenir consiste donc à ne pas attendre au-delà de quelques heures, à 6 heures par exemple, à favoriser l'expulsion du placenta, en dehors même de tout accident. Dans ce but, on commencera par des injections vaginales chaudes ou des injections intra-utérines ; si celles-ci sont insuffisantes, on fera le tamponnement intra-utérin, ou le curage digital avec ou sans dilatation du col ; en dernier ressort on s'adressera au curettage instrumental. Enfin, quand on se trouvera en présence soit d'une hémorrhagie, soit d'une septicémie compliquant la rétention, le traitement de choix sera le curage digital suivi du curettage instrumental.

Voyons, enfin, la conduite des électiques. C'est celle que suit notre maître, M. Maygrier ; c'est celle à laquelle nous nous rallions après avoir vu, dans un grand nombre de cas, l'expectation, même strictement antiseptique, rester insuffisante.

Et tout d'abord, dans cette question du traitement de l'avortement incomplet, il faut bien distinguer la pratique de l'hopital de celle de la ville. Il est incontestable, en effet, que la rétention de l'arrière-faix peut se compliquer à un moment donné d'une forte hémorrhagie. Cette complication est rare d'après les uns, fréquente d'après les autres, mais cela importe peu. Or, dans un service d'accouchements, la femme est constamment surveillée ; et il y a près d'elle des gens experts, médecins ou sages-femmes, capables de lui donner des soins immédiats en cas d'hémorrhagie sérieuse. En ville, au contraire, cette surveillance de tous les instants n'est pas toujours aisée : la présence du placenta dans l'utérus constitue donc pour la femme un danger. L'accoucheur, qui a quitté la parturiente non délivrée, au bout de 6, 8 heures ou plus, ne peut avoir la conscience tranquille.

Mais, cette distinction étant établie, il est d'autres conditions encore qui militent en faveur d'une délivrance rapide.

A coup sûr, quand un médecin est appelé auprès d'une femme pour des menaces d'avortement, qu'il a assisté à l'expulsion du fœtus, et que, pendant tout ce temps, il a pris les précautions antiseptiques les plus minutieuses, il peut à la rigueur attendre assez longtemps, jusqu'à ce que la délivrance se fasse spontanément. La femme, surveillée au point de vue de l'hémorrhagie, risque peu d'autre part d'être infectée.—Mais ces conditions ne sont pas toujours remplies en pratique. Que voit-on, en effet, souvent ? Une femme a fait une fausse couche ; on est appelé auprès d'elle, un temps plus ou moins long après l'expulsion du fœtus. Mais on ignore le plus souvent la cause véritable de l'avortement ; souvent il s'agit de manœuvres criminelles partant peu aseptiques : d'autres fois, on a affaire à une endométrite, c'est-à-dire à une infection préexistante de la muqueuse utérine; souvent enfin, la femme n'a pris, au moment de l'avortement ou après l'expulsion du fœtus, que des soins anti-

septiques douteux; bien plus, elle a parfois subi des touchers répétés ou des manœuvres digitales intempestives. Attendre donc dans tous ces cas, même en l'absence de toute hémorrhagie ou de toute fièvre, que le placenta veuille bien sortir spontanément, c'est exposer la femme à une septicémie très probable, malgré les soins antiseptiques qu'on pourrait prendre après coup

D'autres fois, on voit une femme plusieurs heures après l'expulsion du fœtus; le col est encore largement perméable à deux doigts, et souvent on y sent un bout de placenta engagé. Fera-t-on, dans ce cas, de l'expectation? Non, il vaut mieux profiter de la perméabilité du col, et faire le curage digital de l'utérus, en ayant bien soin toutefois de ne jamais tirer sur la portion du placenta engagée dans le col.

L'on sait avec quelle facilité toute portion placentaire décollée se putrifie; il est donc imprudent d'expecter quand on sent ce champignon placentaire dans le col. L'on sait enfin, depuis le travail de M. Maygrier, que, dans l'avortement gémellaire, la rétention du placenta donne une mortalité considérable, si on ne fait que l'expectation.

Enfin quand, dans l'avortement, le fœtus était mort et macéré, la rétention placentaire doit être évitée soigneusement, car ici l'infection s'opère rapidement.

En résumé, sans vouloir faire de l'évacuation immédiate ou rapide de l'utérus un dogme général, applicable à tous les cas de rétention placentaire, que celle-ci soit simple ou compliquée d'accidents, nous croyons cependant qu'elle est prudente dans la grande majorité des cas. L'expectation antiseptique n'est légitime que si l'on peut surveiller d'une façon incessante la femme, si l'antisepsie a été pratiquée depuis le début de l'avortement et si le col est revenu sur lui-même.

En tout état de cause, tant que le placenta est dans l'utérus, la femme est sous le coup d'accidents possibles, et mieux vaut voir le placenta dehors que dedans.

Quels sont donc les moyens que nous avons actuellement à notre disposition pour provoquer l'expulsion du placenta? Après avoir attendu un certain nombre d'heures, 6 heures au moins, et en se guidant sur l'état du col, on peut commencer par faire des injections vaginales chaudes ou des injections intra-utérines; si elles restent insuffisantes, on peu faire le tamponnement intra-utérin. Mieux vaut pratiquer d'emblée la délivrance artificielle avec 2 doigts, c'est-à-dire le curage digital, après dilatation du col, si c'est nécessaire. Si, par ce moyen, la délivrance reste incomplète, on peut faire suivre le curage digital du curettage instrumental, toujours guidé sur le doigt.

Mais il est certain que les manœuvres digitales ou instrumentales, même pratiquées sous le couvert d'une bonne antisepsie, ne sont pas toujours innocentes, parfois elles sont insuffisantes. Le curage digital, dans un avortement de 2 ou 3 mois, n'est pas toujours chose facile; un médecin, peu habitué à ces sortes de manœuvres, risque fort de faire une délivrance incomplète. Emploie-t-on la curette? D'autres inconvénients surgissent; la curette glisse souvent sur le placenta sans le détacher complètement; elle peut perforer l'utérus, elle peut ouvrir la porte à l'infection.

Frappé de ces inconvénients, nous nous sommes demandé s'il n'était pas possible, dans un grand nombre de cas, de favoriser l'expulsion du placenta par un moyen plus innocent pour la femme que l'intervention active.

Les anciens accoucheurs croyaient posséder ce moyen dans l'emploi du seigle ergoté; ils pensaient pouvoir provoquer, grâce à ce médicament, des contractions de l'utérus. Mais on connaît actuellement les dangers de l'ergot de seigle administré alors que l'utérus contient encore le placenta. L'utérus, en effet, se contracte en masse, le col se referme, et les chances de rétentions sont le plus souvent accrues.—Aussi l'ergot de seigle est-il généralement abandonné.

Mais une autre substance, le *sulfate de quinine*, a été depuis fort longtemps

prônée comme succédané de l'ergot de seigle, comme excitant des contractions utérines. La quinine aurait la même action que l'ergot, sans en présenter les inconvénients.

Dans un petit travail paru dans la *Médecine Moderne*, du 9 janvier 1897, nous avons nous-même repris cette question de l'action de la quinine comme agent accélérateur du travail de l'accouchement. Nous fondant sur un certain nombre d'observations d'accouchements à terme, nous étions arrivé aux conclusions suivantes : " le sulfate de quinine a une action manifeste, et très souvent rapide, sur les contractions utérines, une *fois que le travail est déclaré*, que la contractilité des fibres musculaires de l'utérus est déjà mise en jeu. C'est, en un mot, un agent ocytocique. Mais, par contre, nous estimons que la quinine ne saurait en aucune façon agir comme abortif, c'est-à-dire mettre en branle la contractilité utérine.

" Au lieu de provoquer, comme l'ergot de seigle, des contractions permanentes, continues, partant dangereuses, la quinine détermine des contractions toujours intermittentes, tout comme les contractions physiologiques. Le sulfate de quinine comme agent ocytocique doit être donné à la dose de 1 gramme. " Et nous ajoutions : " Le sulfate de quinine présente ce grand avantage d'être inoffensif pour la mère. "

A ce moment donc nous n'avons étudié la quinine qu'au point de vue de son action dans l'inertie utérine, lors de l'accouchement à terme ou près du terme. Mais, frappé du bon résultat qu'on pouvait obtenir souvent, et, en tout cas, de l'innocuité parfaite de cette médication, nous songions déjà à utiliser la quinine dans l'avortement alors qu'il y a rétention de l'arrière-faix dans l'utérus.

D'ailleurs, en parcourant les auteurs, nous avions trouvé dans les *Annales de Gynécologie*, de 1888, un travail de Cordes (de Genève), sur l'action utéromotrice de la quinine. Pour cet auteur, la quinine à dose élevée ne manque pas de causer de puissantes contractions utérines et de détacher les restes ovulaires dans les cas d'avortement incomplet. Aussi Cordes emploie-t-il rarement, lorsqu'il y a rétention de l'arrière-faix, dans l'avortement, le curettage. Il prescrit la quinine qui est véritablement " ecbolique, " et, dans nombre d'observations, cette substance lui a donné d'excellents résultats.

Nous avons pu, grâce à la bienveillance de nos maîtres, MM. Maygrier et Tissier, soit à l'hôpital Lariboisière, soit à St-Louis, essayer, dans un certain nombre de cas, la quinine comme agent ecbolique, dans l'avortement incomplet. Ce sont ces observations que nous voudrions rapporter, en les faisant suivre de quelques réflexions.

Observation I

Avortement de 3 mois chez une syphilitique.—Rétention du placenta pendant 24 heures avec hémorrhagie légère.—On donne 1 gramme de quinine, le placenta est expulsé au bout de 25 minutes.

Mme A., âgée de 20 ans, Ipare, entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de notre maître, le Dr Maygrier, le 29 décembre 1896.

Enceinte de 3 mois, elle a expulsé chez elle, le 29 décembre, à 7 heures du matin, un fœtus de 3 mois environ.

A son arrivée dans le service, à 10 heures du soir, on sent par le toucher un petit cordon traversant le col qui est fermé. L'utérus encore gros contient le placenta

Cette femme est en pleine période secondaire de la syphilis.

On fait de l'antisepsie vaginale.

Le lendemain matin, dans une injection, on retire 100 grammes de caillots environ ; dans une seconde injection, de nouveaux petits caillots.

Vers 8 heures du matin (30 décembre), le toucher vaginale donne les ren-

seignements suivants : Col raccourci, mais fermé. A l'orifice externe, on sent un petit cordon ombilical traversant le col. La femme perd un peu de sang.

On donne alors, à onze heures du matin, 50 centigrammes de quinine et un second cachet à 11 heures ½.

A 11 heures 55, c'est-à-dire 25 minutes après l'administration du second cachet, l'expulsion spontanée du placenta a lieu dans une injection. Le placenta pèse 80 grammes, il est complet. Cette expulsion s'est faite sans douleurs ni hémorrhagie.

En somme, avortement de 3 mois chez une syphilitique ; Rétention du placenta pendant 24 heures, avec hémorrhagie légère. On donne 1 gramme de sulfate de quinine et au bout de 25 minutes le placenta est expulsé sans douleurs ni hémorrhagie.

Observation III

Avortement de 3 mois.—Quatre heures après l'expulsion du fœtus, le placenta n'étant pas sorti et la femme perdant du sang, on donne de la quinine.—Expulsion du placenta au bout de 1 heure ½.

Femme L., âgée de 24 ans, IIIpare, a eu un premier accouchement à terme ; la deuxième grossesse s'est terminée par un avortement de 6 mois ½.

Grossesse actuelle : les dernières règles datent du 1er janvier 1897.

Le 3 avril, après un début de grossesse assez pénible, la femme commence à éprouver des douleurs dans le bas-ventre, et dans la nuit elle perd du sang.

La malade entre dans le service de notre maître, M. Maygrier, à Lariboisière, le 5 avril, à 1 heure du matin.

A ce moment, le col est effacé, l'utérus a la forme d'une toupie, avec une dilatation comme 2 francs. Par le toucher, on arrive sur l'œuf engagé dans l'orifice utérin.

A 2 heures du matin, expulsion d'une poche amniotique fermée, remplie d'un liquide amniotique gommeux dans lequel flotte un fœtus de 3 mois.

Il reste donc dans l'utérus le placenta, le chorion et la caduque.

Les coliques continuent de même que les pertes de sang.

On fait une injection intra-utérine

A 6 heures du matin, l'hémorrhagie continuant, on donne 1 gramme de sulfate de quinine, en deux fois, à un quart d'heure d'intervalle.

Après l'administration du médicament, les coliques deviennent plus vives, et, à 7 heures ½ du matin, l'arrière-faix est expulsé complètement. Plus d'hémorrhagie.

Suites de couches normales.

Telles sont les quelques observations que nous avons pu recueillir, et dans lesquelles l'action ecbolique du sulfate de quinine ne nous semble pas douteuse

Donné à la dose de 1 gramme, en deux cachets de 50 centigrammes pris à 10 minutes d'intervalle, le sulfate de quinine réveille les contractions utérines, même dans un utérus gravide de quelques mois seulement. Ce fait est indiqué clairement dans quelques-unes de nos observations : une femme arrive à l'hôpital, elle a expulsé depuis un temps plus ou moins long un fœtus de 2 ou 3 mois ; le placenta est retenu dans l'utérus. Depuis l'expulsion du fœtus, elle n'a plus eu de coliques. On donne du sulfate de quinine et assez rapidement, en général, des douleurs surviennent, identiques aux coliques qui ont accompagné l'expulsion du fœtus, et le placenta ne tarde pas à être expulsé.

Mais, ainsi que nous l'avons dit plus haut, pour agir sur le muscle utérin, la quinine demande à rencontrer un muscle qui a déjà présenté des contractions. A ce point de vue d'ailleurs, elle ressemble à l'ergot de seigle, qui, d'après Cazeaux, "ne semble pas développer des contractions utérines qui n'ont pas encore existé." La quinine est donc capable d'agir dans la rétention placentaire, la contractilité utérine ayant déjà été mise en jeu par l'expulsion du fœtus.

Mais, à l'inverse de l'ergot de seigle, le sulfate de quinine est absolument inoffensif. Il ne produit pas, comme l'ergot, des contractions tétaniques du muscle utérin ; jamais il ne provoque la contracture en masse de l'utérus, le col y compris. Il ne risque donc pas d'accroître les chances de rétention placentaire.

Mais est-ce à dire que l'action de la quinine sur la contractilité utérine soit constante et toujours identique à elle-même ? Il serait téméraire de répondre par l'affirmative. Voyons à ce point de vue nos observations : le placenta a été expulsé suivant les cas, 25 minutes, 1 heure, 1 heure et ½, 2 heures, 12 heures, 15 heures après l'administration de la quinine. Si nous prenons la moyenne du temps écoulé depuis l'administration du médicament jusqu'à l'expulsion du placenta dans nos sept observations, nous trouvons le chiffre de 4 heures et demie environ.

On pourrait objecter que dans certains de nos cas où nous avons employé la quinine, le placenta eût peut-être été expulsé spontanément. Nous répondrons que dans nos observations la rétention placentaire durait depuis 24 heures, 3 jours, et même 4 jours, sans que la femme éprouvât la moindre douleur, sans que le col fût entr'ouvert. Nous donnons de la quinine, et peu d'heures après le placenta est expulsé. Il s'agit à coup sûr là plus que d'une simple coïncidence.

D'autres fois, nous avons donné la quinine parce que la femme perdait du sang, le placenta était retenu, ou qu'une portion de l'œuf venait faire saillie dans le col entr'ouvert. Là encore, la quinine a réussi a chasser le placenta qu'il eût fallu détacher avec le doigt.

Certes, nous avons donné parfois, dans l'avortement incomplet du sulfate de quinine sans résultat bien manifeste. Il en est de cette substance comme de toutes les médications, elle n'est pas infaillible.

Mais elle a tout au moins ce grand avantage de n'être pas nuisible. Quel risque court-on de prescrire, dans un cas de rétention de l'arrière-faix, 1 gramme de sulfate de quinine, quitte, en cas d'échec, à employer une autre thérapeutique, soit l'expectation antiseptique, soit l'intervention active digitale ou instrumentale ? Aucun à coup sûr.

L'action du sulfate de quinine sur la fibre musculaire utérine est sans doute plus lente dans l'avortement que dans l'accouchement à terme ; mais elle nous semble incontestable.

Nous rappellerons que, depuis longtemps déjà, les auteurs discutent sur la valeur du sulfate de quinine comme ocytocique.

Les uns, avec MONTEVERDI (1872), admettent que la quinine a une influence certaine sur les contractions de l'utérus qu'elle provoque ou réveille. Pour ces auteurs, la quinine est un agent abortif et ocytocique du premier ordre.

Les autres, avec CHIARA, nient que la quinine ait la moindre influence sur la fibre musculaire utérine. Non-seulement la quinine ne serait pas abortive, mais elle ne serait même pas ocytocique.

Nous-même, dans le travail auquel nous avons fait allusion déjà, nous adoptions l'opinion de DUBOUÉ, CORDES, BONFILS : pour ces derniers, la quinine ne serait pas un agent abortif, mais elle aurait une action réelle sur le muscle utérin, dont elle excite la contractilité à condition toutefois que cette contractilité soit mise en jeu au préalable.

La quinine donc, de même qu'elle est ocytocique dans l'accouchement à terme, peut être ecbolique dans l'avortement incomplet.

Nous croyons donc pouvoir conclure de la façon suivante :

1° La rétention de l'arrière-faix, dans l'avortement, étant toujours une complication sérieuse, que cette rétention soit simple ou s'accompagne d'accidents hémorrhagiques ou infectieux, tous nos efforts doivent tendre vers l'expulsion aussi rapide que possible du placenta.

2° En effet, cette rétention placentaire, même simple, constitue toujours

une menace pour la femme. Il peut survenir une hémorrhagie sérieuse; et dans beaucoup de circonstance, l'infection est fortement à redouter, dût-on prendre toutes les précautions antiseptiques.

3° L'intervention digitale ou instrumentale, pour faire l'évacuation de l'utérus, peut être insuffisante ou dangereuse.

4° Le sulfate de quinine, donné à la dose de 1 gramme en 2 cachets de 50 centigrammes, a une action manifeste sur la contractilité utérine, il peut donc être employé comme agent "ecbolique," c'est-à-dire pour détacher le placenta ou l'œuf dans l'avortement.

5° En tous cas, il est inoffensif, à l'inverse de l'ergot de seigle ; s'il échoue, il sera toujours loisible de recourir soit à l'expectation, soit à l'intervention active.

6° On le prescrira donc quand la rétention placentaire simple dure depuis 6 heures au moins; plus rapidement quand la rétention s'accompagne d'hémorrhagie ou de fièvre.

7° L'administration de la quinine pourra constituer le premier temps d'une thérapeutique plus active, toutes les fois que l'évacuation rapide de l'utérus sera indiquée.—L'OBSTÉTRIQUE.

INJECTIONS DE SÉRUM DANS LES HÉMORRHAGIES POST-PARTUM

M. OLLIVIER.—On a beaucoup écrit ces derniers temps sur le traitement des hémorrhagies par les injections de sérum artificiel. Les accoucheurs ne sont pas restés en arrière et dernièrement encore M. Maygrier publiait un cas de véritable résurrection dû à une injection massive d'eau salée dans les veines. Le sérum agit de deux façons : 1° en remplaçant la quantité de liquide perdue par l'organisme; 2° comme hémostatique (expériences de Hayem-Audebert). On peut injecter le liquide dans les veines ou dans le tissu cellulaire, mais on doit en faire pénétrer une certaine quantité sans crainte d'accidents. Dans les cas d'hémorrhagie foudroyante on doit aller vite, sous peine de voir la femme succomber entre les mains du médecin.

Il est donc bon que l'accoucheur soit outillé contre les hémorrhagies possibles. C'est pourquoi j'ai fait construire un appareil qui contient l'instrumentation nécessaire pour injecter un litre de sérum stérilisé.

M. NITOT.—Je crois qu'il n'est pas utile de compliquer la trousse de l'accoucheur d'un nouvel instrument. Un simple entonnoir muni d'un tube de caoutchouc suffit. En y ajoutant une aiguille de l'aspirateur Potain on a un appareil suffisant dont on peut faire bouillir toutes les parties.

M. CHARPENTIER.—La voie sous-cutanée suffit dans tous les cas. On sait, en effet, que les injections intra-veineuses peuvent devenir dangereuses. Ce n'est que dans les cas *in extremis* qu'on sera autorisé à injecter dans la veine; du reste, souvent une très petite quantité de liquide suffit pour relever l'état général.

M MAYGRIER.—Je ne conseille la voie veineuse que dans les cas désespérés où il faut agir rapidement. J'ai ainsi pu injecter six litres en vingt-quatre heures chez une malade considérée comme morte; elle a parfaitement guéri.

M. LOVIOT.—On peut employer également les injections de sérum dans les cas de placenta prævia pendant la grossesse. On peut ainsi permettre à l'enfant de se développer et d'approcher de l'époque du terme.

M. BUDIN.—J'emploie aussi depuis longtemps la voie rectale qui a l'avantage de pouvoir absorber un liquide non stérilisé.—*Rev. des mal. des femmes.*

REVUE D'HYGIÈNE

L'ASSAINISSEMENT DES PLACES D'EAU

Il n'y a pas un sujet qui, à cette saison de l'année, mérite autant d'attirer l'attention de la population dans la province de Québec. Chaque été, un grand nombre de familles vont passer la saison chaude à la campagne, dans un village attrayant situé, tantôt dans les Laurentides, tantôt sur les bords du fleuve St. Laurent ou de ses tributaires. Ce qui détermine ces familles à se déplacer, ce n'est pas tant la question du plaisir que celle, beaucoup plus importante, de la santé. La population des villes s'éloigne pendant l'été parce que les causes de maladie sont plus nombreuses : chaleur élevée, difficulté de conserver les aliments, poussière, mauvaise odeur, etc, etc. Elle va à la campagne chercher la fraîcheur, l'eau pure, les aliments sains, la tranquillité, et retremper ses forces pour la reprise des affaires à l'automne.

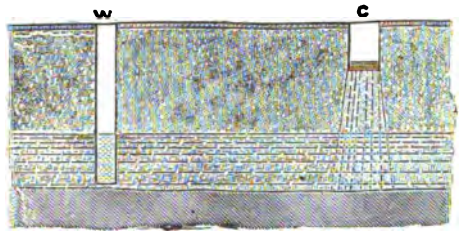


FIG. I.—Puisard C contenant la nappe d'eau qui alimente le puits W.

Le village où l'observation de l'hygiène est le plus facile sera choisi d'instinct par les gens qui vont en villégiature, car le séjour dans un endroit de ce genre sera pour eux d'autant plus profitable qu'il sera plus sain.

Dans la plupart des villages d'été, les habitants ne comptent ordinairement que sur les avantages naturels de la place pour attirer la clientèle. Nous croyons que c'est une erreur. Une baie spacieuse, une jolie rivière, un bois de sapin tout proche, une montagne, un lac sont sans doute de nature à inviter les gens à s'arrêter. Mais ce n'est pas suffisant. Dès que la vie en commun s'organise quelque part, elle se complique immédiatement de nécessités toujours les mêmes auxquelles on est forcément obligé de donner son attention, et qui, négligées, peuvent la compliquer terriblement. C'est pourquoi nous croyons du plus grand intérêt pour les autorités villageoises d'appliquer l'hygiène avec à propos dans les différentes branches de leur organisation municipale. Elle ne ferait en cela que prendre l'intérêt de leurs administrés et des étangers en villégiature.

Beaucoup de villages prennent leur approvisiennent d'eau dans la nappe d'eau souterraine ; c'est à dire que les habitants du village vivent au-dessus de l'eau qu'ils boivent. Cette eau leur est fournie par les puits. Alors, comme l'a si bien fait voir le Secrétaire du Conseil Provincial d'Hygiène dans son rapport de 1895, pourquoi contaminer ces puits par les déchets jetés aux puisards, alors que le drainage par l'irrigation est encore le plus facile à faire et le plus profitable à la culture potagère ?

Les puisards sont une source de dangers. Les matières liquides et malpropres qu'on y verse filtrent à travers le sol sans s'épurer suffisamment et vont rejoindre la nappe d'eau souterraine qui alimente les puits. Il faut défendre l'usage des puisards et conseiller de recueillir les eaux ménagères dans un ton-

neau étanche et bien couvert que l'on videra ensuite sur une grande surface, soit dans un jardin, soit sur un terrain vague.

☞ L'un des plus grands dangers que l'on rencontre à la campagne, et l'un de ceux, peut-être, dont les gens de la ville ont le plus à souffrir, c'est l'usage des fosses d'aisances. Les latrines à la campagne consistent le plus souvent en

FIG. II.—Comment la nappe d'eau souterraine et par suite l'approvisionnement en eau de tout un village peuvent devenir contaminées. (Les 5 coupes profondes représentent les puits, les autres représentent les puisards).

de simples trous creusés dans la terre. Les principaux inconvénients de ces fosses d'aisances fixes, dit le Secrétaire du Conseil Provincial d'Hygiène, sont : 1° les exhalaisons pestilentielles qu'occasionnent les matières en décomposition

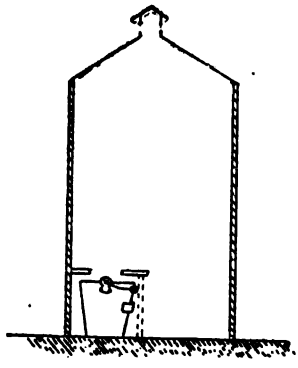
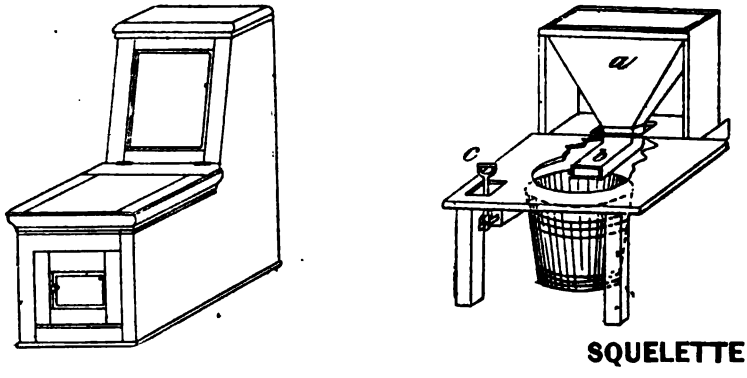


FIG. III.—Latrine à réservoir étanche placé au-dessus du sol, dans lequel on doit verser de la terre sèche après chaque opération.



FIGS. IV. V.—Latrine à terre ou à poudre absorbante (*earth-closet*).

a, réservoir pour la terre sèche ou la poudre.—*b*, conduite d'une amenée de terre.—*c*, tirette actionnant le bouchon du réservoir.

qu'elles contiennent ; 2° la pollution des puits situés à petite distance ; 3° la pollution de la nappe d'eau souterraine.

Un moyen très simple, très facile d'empêcher les matières fécales de polluer l'eau des puits et surtout de jeter tant d'odeur, c'est de les recevoir dans des réservoirs étanches placés au-dessus de la surface du sol, c'est d'employer les

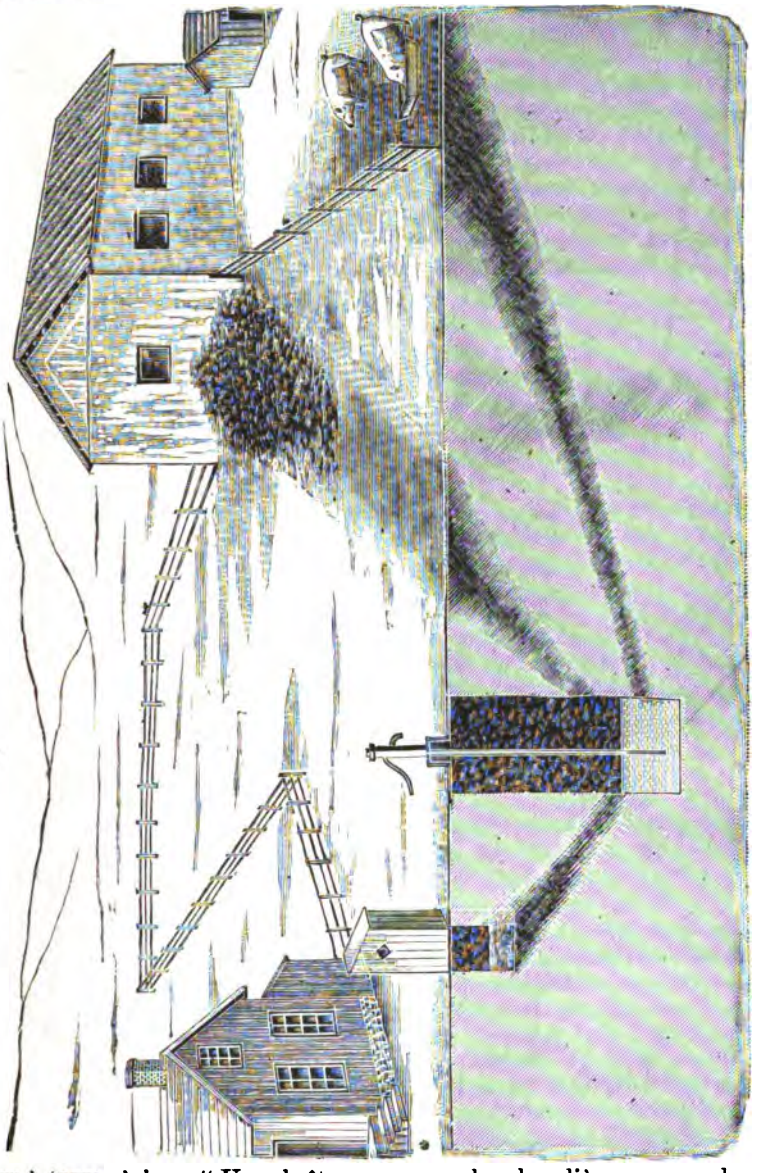


FIG. VI.—Puits contaminé par les filtrations provenant d'une fosse d'aisances fixe, d'un tas de fumier et d'une porcherie.

latrines à terre sèche. " Une boîte, une grande chaudière ou un demi-baril peuvent servir à cet usage du moment qu'ils sont étanches. Il suffit d'ajouter une petite quantité de terre sèche (2 livres suffisent) dans le réservoir en question, après chaque opération, pour atténuer l'odeur qui s'en échappe." On peut utiliser le contenu de ces réservoirs comme engrais. L'usage des latrines à terre sèche, simple et facile, met à l'abri de tous les dangers des fosses d'aisances fixes.

Un troisième danger dont il est bon de se mettre à l'abri, c'est la pollution de l'eau de boisson par les égouts. Certaines maladies, entre autres la fièvre typhoïde, ont une origine hydrique

L'absence de déclaration des maladies contagieuses est aussi propre à faire fuir les familles en villégiature. L'isolement à la ville étant des plus faciles, on comprend que les parents, à la campagne, sachant que la rougeole, la scarlatine ou la diphtérie a fait son apparition, et constatant qu'on ne prend aucunes précautions prophylactiques, s'empresseront d'éloigner leurs enfants du foyer de contagion, et s'en iront ailleurs. Voilà pourquoi le médecin qui cache un cas de maladie contagieuse, croyant par là rendre service à sa clientèle, commet une bien grave erreur. Il permet, par sa négligence, à la maladie de se propager, et atteint un but tout contraire à celui qu'il avait. Les étrangers seraient restés si l'on eut pris, dès le premier cas, les mesures prophylactiques nécessaires pour les mettre à l'abri ; ils s'en vont dès qu'ils constatent la négligence intéressée des autorités médicales et municipales.

Les médecins et les conseils municipaux devraient se donner la main pour rendre aussi parfaite que possible l'organisation sanitaire des places d'eau. C'est pour eux non seulement un devoir, ce qui serait déjà suffisant, mais de plus une question d'intérêt. Tout le monde ne peut que bénéficier de l'augmentation temporaire de la population, qui s'accompagne nécessairement d'une circulation monétaire plus active. A ce point de vue, les capitaux consacrés au drainage, à la désinfection, etc., constituent un bon placement, puisqu'ils augmentent les revenus.

On accorde aujourd'hui une attention de plus en plus grande à ces questions de première importance, et il devient de plus en plus difficile de les négliger. La population des villes, déjà bien renseignée sur les questions d'hygiène, se dirige à la belle saison vers les endroits qui lui paraissent les plus sains, et s'enquiert avant de partir de leur état sanitaire. Les places d'eau devront se tenir propres si elles veulent conserver leur clientèle et faire face à la compétition. Personne, dans ces circonstances, ne pourra leur donner de meilleurs conseils que le médecin, mieux renseigné que tout autre sur les questions d'hygiène. Nous croyons même qu'il a le plus grand intérêt à prendre l'initiative sur ces questions d'intérêt vitale. C'est pour lui un moyen d'affirmer son rôle.

L'ANTISEPSIE CHEZ LE BARBIER

Nous avons déjà donné (page 118) notre opinion sur ce sujet, dont nous ne sommes pas le premier à souligner l'importance. Un article du Dr Missaglia publié dans le *Giornale de la R. Società italiana d'Igiene* (15 février) nous permet d'y revenir avec plus de détails.

L'auteur a surtout en vue, dans son article, la prophylaxie des maladies contagieuses de la peau : teignes, pelades, alopécies parasitaires, herpès circiné, etc. Ce sont déjà des maladies peu agréables, quoique superficielles. Mais il y a à nos yeux un danger bien plus grand encore, dont les conséquences sont beaucoup plus graves, c'est la contagion de la syphilis par le rasoir, dont la possibilité est démontrée depuis longtemps, et dont la fréquence est moins rare qu'on ne pense, dans un grand centre populeux comme Montréal. Si ce mal terrible, faisant suite à la contagion *voulue*, est déjà bien triste et mérite notre pitié, que penser de la contagion *inattendue* dans une chaise de barbier, atteignant un père de famille rangé et travailleur, un jeune homme vigoureux et honnête. La possibilité seule de ce fait désastreux justifierait de rendre obligatoire l'antisepti chez le barbier.

Beaucoup de coiffeurs sont disposés à prendre des mesures prophylactiques dit le Dr Missaglia, mais ils sont mal éclairés et mal renseignés. Il propose d leur faire suivre, comme aux infirmiers, des conférences élémentaires d'hygiène

et il trace certaines mesures très pratiques et, croyons-nous, suffisamment efficaces à leur conseiller.

1° Laver les rasoirs dans une solution de potasse caustique à 8 p. 1000, et les essuyer avec un tampon d'ouate imbibé d'alcool à 60°; deux fioles contenant chacune de ces solutions devraient se trouver dans chaque salon de coiffeur.

2° Les ciseaux, dont les branches devraient se séparer facilement, seraient lavés de la même façon.

3° Tous les autres objets seraient soumis pendant dix minutes à l'ébullition dans de l'eau contenant 15 à 20 grammes (4 à 5 drachmes) de carbonate de soude par litre (pinte), sur un réchaud à gaz qui serait en permanence dans la boutique.

4° En changeant de client, l'*artiste* devrait toujours se savonner les mains et les humecter de solution de sublimé au millième.

Le Dr Vallin, qui analyse dans la *Revue d'hygiène et de poliee sanitaire* (20 mai) l'article du Dr Missaglia, ajoute quelques conseils supplémentaires très appropriés, au sujet de la question difficile de la stérilisation des brosses. L'ébullition ne lui paraît pas suffisante. Peut-être réussirait-on, dit-il, en plaçant tous ces objets pendant le temps où ils ne servent pas sur des grillages superposés dans une petite armoire ou un tiroir dans lequel se dégagerait en permanence de l'aldéhyde formique : on pourrait imbiber une éponge placée dans une soucoupe avec la solution commerciale à 40 p. 100. Il est bien entendu que les brosses seraient dégraissées tous les jours avec le spongiasel ou l'éther de pétrole."

Le Dr Vallin trouve aussi qu'il y aurait avantage, après une taille de cheveux, à verser dans la main une cueillérée à bouche de solution alcoolique de sublimé à 2 p. 1000 et à en humecter les cheveux et le cuir chevelu.

Le Dr Heinrich Berger, dans un livre publié en Allemagne, et analysé dans le *New-York Medical Journal*, pose les règles suivantes : 1° Le barbier ne devra pas souffrir d'épilepsie, ou d'affections spasmodiques, ou de maladies contagieuses ; il ne devra pas être ivrogne ; 2° Les personnes ayant des maladies cutanées devront être servies à domicile, et avec leurs propres ustensiles ; 3° Il vaudra mieux d'ailleurs que chacun aît ses ustensiles ; 4° Il sera bon de n'user que de bonnes brosses nettoyées régulièrement ; les peignes devront être de corne, de caoutchouc ou d'écaille, et de bonne qualité ; 5° Au lieu de houppes à poudre, il vaudra mieux employer des tampons, qu'on jettera immédiatement ; 6° Les serviettes, vêtements, etc., devront être très propres ; on préférera les serviettes en papier à celles en toile, parce qu'on peut les jeter ; 7° On nettoiera les peignes, après s'en être servis, mécaniquement, et on les désinfectera avec du sublimé corrosif ; on fera bouillir les rasoirs, blaireaux, etc., ou bien on les nettoiera avec des tampons trempés dans l'alcool absolu ; 8° On défendra l'usage de souffler sur le cuir à rasoirs, puis de l'essuyer avec la main ; 9° Le support de tête sera nettoyé fréquemment ; 10° Les mains du barbier seront toujours très propres ; ses vêtements, légérs, fermeront au cou et aux poignets ; 11° On défendra de souffler les cheveux à mesure qu'on les coupe ; 12° On mettra les barbiers au courant des maladies de la peau et des maladies contagieuses ; 13° Ces règlements imprimés seront placés dans chaque boutique de barbier ; 14° Ces boutiques devront avoir une licence et être soumises à de fréquentes inspections.

Voilà des conseils pratiques et on pourra difficilement nier que cette question de l'antiseptie chez le barbier ne soit d'un intérêt très grand pour tout le monde. Il faudra avant longtemps que les autorités sanitaires, poussées par l'opinion publique, s'en occupent, et donnent les instructions à messieurs les barbiers. Ceux-ci, d'ailleurs, y seront amenés par l'intérêt qu'ils ont à conserver leur clientèle, et tout le monde bénificiera d'un état de choses dont nous serons les premiers à nous réjouir.

REVUE DE PEDIATRIE

Sous la direction du Dr Isaïe Cormier,
Médecin des enfants malades à l'Hôpital Notre-Dame.

Sur la Diarrhée infantile.

Par le Prof. Baginsky.

L'auteur distingue trois formes principales de diarrhée infantile :

1°. La dyspepsie, suite de troubles fonctionnels ;

2°. Les formes catarrhales, allant depuis le catarrhe simple dyspeptique jusqu'au choléra infantile ;

3°. Les formes muco-membraneuses (folliculaires), depuis l'entérite muco-membraneuse jusqu'à la dysenterie grave.

L'examen bactériologique montre que dans tous les cas de diarrhée infantile il s'agit toujours des mêmes espèces microbiennes, dont seul le nombre relatif varie. Les trois microorganismes que l'on rencontre constamment sont : le Colibacille, le Bacillus aerogenes et une bactérie appartenant au groupe des Proteus. Le bactérium coli est suffisamment connu et l'on sait que les diarrhées augmentent sa virulence et qu'il peut acquérir en ces cas des propriétés infectieuses et pathogènes pour l'organisme. L'auteur a trouvé que dans certaines conditions le *Bacterium lacti* peut aussi pénétrer dans l'organisme : dans un cas il fut trouvé dans les reins à côté du colibacille et du bacille du groupe Proteus. Dans certains cas, tous ces bacilles, généralement si anodins, acquièrent une virulence telle, qu'on tue rapidement des souris, en les faisant manger des cultures. Et même les cadavres des bacilles, tués par le chloroforme, se sont montrés mortels pour les souris aussi bien en les ingérant qu'en injection sous-cutanée. Le bacille du groupe du Proteus renferme une substance qui est extrêmement toxique pour les animaux. Dans quatre cas d'entérite muco-membraneuse observés chez des enfants, qui ont succombé rapidement l'un après l'autre à l'hôpital, l'auteur a trouvé un bâtonnet qui a la plus grande analogie avec le bacille pyocyanique. Par contre tous les examens bactériologiques du sang, même dans les cas les plus graves de diarrhée infantile, ont donné un résultat négatif.

On ne doit pas, par conséquent, accepter la possibilité de pénétration des microbes pathogènes dans la circulation sanguine.

Conclusions :

1°. Les diarrhées estivales des enfants ne sont au début que des troubles digestifs fonctionnels, c'est-à-dire chimiques ; plus tard, quand les troubles fonctionnels provoquent des lésions anatomiques de la paroi intestinale, les bactéries habituelles, mais saprophytes (non passagères) de l'intestin deviennent virulentes et acquièrent des propriétés pathogènes.

2°. Ces bactéries exercent leur influence morbide par les produits de putréfaction de nature non toxique ou, le plus souvent, toxique (ammoniaque et ses dérivés etc) ; ces derniers agissent, provoquent l'inflammation de la paroi intestinale et font pénétrer, par voies lymphatique et sanguine, dans les principaux organes excréteurs (foie, reins) leurs produits de décomposition.

3°. A la suite de ces processus, la nutrition générale est entravée, l'organisme s'affaiblit, sa résistance diminue et il devient la proie facile de microorganismes de toutes sortes, qui l'envahissent, ceux-ci pathogènes, les

staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, etc. D'où toute une série de complications dues à ces infections secondaires, pour lesquelles l'organisme infantile devient tout particulièrement prédisposé.—*Journ. de Cl. et Thér. Inf.*

Les bains chauds dans le traitement de la rougeole.—Par Rix. *Brit. med. Journ.*, 1er novembre 1896, p 1379.

L'auteur recommande très vivement les bains chauds à 90-100° F., dans le traitement de la rougeole, et ceci non-seulement dans les cas confirmés, mais aussi dans ceux où le diagnostic est incertain, l'eau chaude, ayant, d'après lui, pour résultat de faire sortir ou ressortir l'éruption. Les bains d'une durée de 8 à 10 minutes, sont donnés deux fois par jour, plus souvent encore au besoin et sont continués tant que l'éruption n'est pas bien sortie ; et on les continue encore deux fois par jour, jusqu'au moment où la température redevient normale. Pendant la convalescence, c'est-à-dire pendant dix jours encore, on ne donne qu'un bain par jour.

L'auteur a constaté que sous l'influence de ce traitement la durée de la rougeole est abrégée, la tendance aux complications pulmonaires et rénales diminuée.

Étude de la température dans la coqueluche, par Guérin. Thèse de Paris, 1896.

Pour l'auteur, la coqueluche ne reste apyrétique pendant toute la durée de son évolution que dans les formes légères. La période catarrhale dans les formes moyennes et même la période d'état dans les formes excessives s'accompagnent de bronchite et sont généralement marquées par une fièvre plus ou moins vive, mais irrégulière et rémittente. Contrairement à Cadet de Gassicourt, l'auteur considère cette bronchite comme faisant partie intégrante de la coqueluche, et nullement comme une complication; aussi admet-il que cette fièvre relève non pas de la bronchite, mais de la coqueluche.

Les accès fébriles que l'auteur étudie avec détail sont ceux qui surviennent brusquement et sur lesquels son maître M. Hutinel a attiré son attention. Dans ces cas, sans cause apparente on voit la température s'élever tout à coup jusqu'à 39 et 40° ou même davantage. L'ascension se produit tantôt brusquement dans l'espace d'une journée ou d'une nuit, tantôt elle n'atteint son maximum qu'en 24 ou 36 heures, mais sans qu'il y ait eu rémission. La défervescence commence aussitôt ou se fait attendre de 12 à 24 heures ; tantôt elle est complète en 12 heures, tantôt elle se fait d'une façon progressive en un jour ou en un jour et demi. Il peut arriver qu'elle ait lieu en deux temps séparés par une légère recrudescence. L'accès est unique ou se renouvelle après deux ou trois jours ; parfois aussi, il ne reparaît que beaucoup plus tardivement.

Les signes physiques sont des plus variables. Le plus souvent la percussion ne donne rien ; l'auscultation révèle à peine quelques râles disséminés et un murmure respiratoire un peu rude ou légèrement affaibli. Dans quelques cas cependant, surtout lorsque la fièvre a une certaine durée, les râles sont plus abondants ou plus fins et la respiration peut être véritablement soufflante ; mais ces signes sont ordinairement très mobiles. L'intensité des autres symptômes : dyspnée, agitation, abattement, etc., présente aussi tous les degrés, bien qu'elle soit généralement peu en rapport avec la température. La violence et la fréquence des quintes sont peu modifiées, plutôt légèrement accrues.

Ces poussées fébriles éphémères qui peuvent se renouveler à quelques jours d'intervalle et qui semblent tenir à des infections rapidement abortives, ne paraissent avoir aucune influence sur la maladie et n'assombrissent par suite en rien le pronostic. Leur diagnostic présente de sérieuses difficultés, car le plus souvent ni les signes physiques, ni les symptômes fonctionnels ne permettent de les différencier du début d'une complication pulmonaire véritable fébrile. Aussi,

en présence d'une hyperthermie considérable survenant au cours de la coqueluche, le médecin peut-il s'inquiéter à juste titre ; il est de son devoir de tout mettre en œuvre aussitôt pour conjurer une complication qu'il soupçonne ; mais avant de porter un pronostic alarmant, il doit attendre que la confirmation de son diagnostic lui ait été donnée par les signes stéthoscopiques propres à cette complication et surtout par la persistance de la fièvre et de la dyspnée.

(*Rev. des mal. de l'Enf.*)

De la durée de l'incubation et de l'époque de la transmissibilité de la coqueluche, par Léon. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 25 octobre 1896.

Les données que nous possédons sur la durée de l'incubation de la plupart des maladies infectieuses sont loin d'être précises. Ce fait tient évidemment aux difficultés qu'on éprouve en pratique à déterminer la chronologie des diverses phases de développement des affections de ce genre,

Dans ces conditions, chaque observation nouvelle, dans laquelle le début de la contagion est rigoureusement établi, même lorsqu'elle est isolée, acquiert une grande importance.

Tel est le cas relaté par M. Léon. Il a trait à une fillette de 10 ans, ayant joué le rôle d'agent contaminateur et à un garçon de 3 ans et demi, qui fut contaminé. Ces deux enfants ne s'étaient trouvés en contact l'un avec l'autre qu'une seule fois, et cela dans la maison de la petite fille qui présentait depuis la veille une toux d'apparence banale, sans fièvre ni malaise, mais dont les deux frères avaient la coqueluche depuis quelques jours.

Six jours plus tard, on constatait chez la fillette une coqueluche bien caractérisée.

Onze jours après le contact unique qu'il eut avec sa petite amie, le garçon fut pris d'enrouement avec rougeur vernissée des piliers du voile du palais et du pharynx.

Au bout de quatre jours, la toux devint nettement quinteuse et le diagnostic de coqueluche put être établi. Et, en effet, le lendemain on constatait l'existence d'inspirations spasmodiques.

Comme cet enfant habitait une localité absolument indemne de coqueluche, et comme, d'autre part, il n'avait pas été soumis à une autre cause de contamination que celle que nous avons signalée plus haut, l'auteur croit pouvoir avancer avec certitude que c'est bien par la petite fille que ce garçon a été contaminé et que la période de la coqueluche a duré chez lui onze jours.

Une autre déduction qui découle de l'observation de M. Léon, c'est que la coqueluche est transmissible dès le premier jour de ses manifestations initiales.

M. Weill (de Lyon) soutient aussi cette idée que la coqueluche n'est pas contagieuse en pleine période des quintes, bien qu'elle le soit encore dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'apparition des quintes ; le contage ne disparaîtrait que quelques jours après avoir causé la maladie.

(*Revue des mal. de l'Enf.*)

Des altérations de la moelle épinière dans la coqueluche, par Bernhardt. *Soc. de méd. int. de Berlin*, 2 novembre 1896.

On connaît des complications nerveuses dans la coqueluche : convulsion coma, hémiplégie avec ou sans aphasie, paralysies des nerfs crâniens, et des cor plications mentales plus rares : imbécilité, hallucinations, amblyopie, amauro surdité. Mais on signale très peu de complications médullaires : un cas Moebius et un de Surmet.

L'auteur a observé une petite fille de 5 ans qui, au cours d'une coqueluch perdit complètement l'usage des membres inférieurs ; en même temps, on con tata une exagération des réflexes rotuliens et des troubles urinaires.

Elle avait presque recouvré l'usage de ses membres lorsqu'elle fut atteinte d'oreillons qui aggravèrent son état.

Actuellement elle est complètement rétablie, l'auteur admet qu'il y a eu de petites hémorrhagies de la moelle épinière, comme Widal en a vues dans le cerveau.

M. FURBRINGER a soigné un enfant de 3 à 4 ans qui fut pris, au cours d'une coqueluche en voie de disparition, de somnolence, puis de convulsions et succomba au bout de quelques jours. On trouva une encéphalite hémorrhagique trés étendue qui se continuait au loin dans la moelle sous la forme d'hémorrhagies capillaires. Ces inflammations hémorrhagiques ne dépendent pas d'une cause mécanique, mais sont de nature et d'origine infectieuses, car c'est surtout au moment de la convalescence qu'elles se déclarent.

D'après M. LEYDEN, il s'agit, dans ces cas, d'hémorrhagies réelles et non pas d'inflammations infectieuses. Les suites infectieuses de la coqueluche n'ont pas une grande importance, contrairement aux troubles de la circulation causés par les quintes de toux. Du reste, chez les adultes aussi la coqueluche est redoutable ; trois fois Leyden a observé, chez des hommes, des hémiplégies.

M. FURBRINGER ne nie pas la possibilité des hémorrhagies d'origine mécanique ; pourtant dans son cas, il existait des foyers de ramollissement dans le cerveau. Il est établi que dans l'influenza il s'agit bien d'une encéphalite ; la coqueluche étant une maladie infectieuse au même titre que l'influenza, il y a tout lieu de supposer que la première de ces affections peut aussi bien être accompagnée d'encéphalite que la seconde.

M. BAGINSKY a vu se développer à la suite d'une coqueluche un affaiblissement considérable des facultés intellectuelles qui persista deux mois. Les psychoses consécutives à la coqueluche sont rares, mais elles ont, en général, un pronostic bénin. La paralysie de la malade de M. Bernhardt était de nature hystérique.

M. RUHEMANN a vu un petit garçon âgé de 3 ans qui fut atteint, pendant un accès de coqueluche, de convulsions qui, partant de la jambe droite, se généralisèrent ensuite à tout le corps et se terminèrent par une hémiplégie du côté droit ; cette hémiplégie, à son tour, disparut au bout de quelques jours, mais il resta une paralysie de la jambe. Ces accidents étaient probablement dus à une lésion en foyer de la circonvolution pariétale ascendante.

D'après M. BERNHARDT, la paralysie de sa malade ayant duré plusieurs années, on ne peut la rattacher à l'hystérie, d'autant plus qu'il existe encore aujourd'hui une certaine impotence du pied.—(*Rev. des mal. de l'Enf.*)

Réflexions sur l'appendicite.—Par M. HUCHARD.

J'ai reçu plusieurs lettres de mes lecteurs me demandant de mettre les " choses au point " sur la question de l'appendicite, " une maladie devenue bien embarrassante pour les praticiens après les discussions contradictoires dans les Sociétés savantes."

Mais, " mettre les choses au point " dans une question si diversement résolue par des hommes de haute valeur, c'est là une œuvre fort malaisée et longue. On pourra discuter longtemps encore, et Montaigne n'a pas eu absolument tort de dire que " l'art de la médecine change selon les climats et selon les lunes, selon Fernel et selon l'Escale." Enfin, malgré mon envie bien grande de me récuser, je vais m'exécuter en partie, puisque je n'examinerai rapidement que deux points, laissant aux lecteurs le soin de conclure.

1° *Rapport de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse.* — Ici, deux opinions opposées : celle de M. Dieulafoy, qui n'admet pas que l'appendicite puisse être l'aboutissant d'un entéro-colite membraneuse, la théorie de la " cavité close " lui défendant, en quelque sorte, de partager cet avis ; celle de M. Teclus démontrant au contraire, par des observations concluantes et par une argumentation des plus remarquables, que le fait existe moins rarement qu'on l'a dit.

A ce sujet, la question a été mal posée ; c'est pourquoi elle n'a pas été

entièrement résolue. Il aurait fallu commencer par définir " l'entéro-colite muco-membraneuse."

En effet, il ne suffit pas que les malades rendent " des peaux " par l'intestin pour conclure à l'existence d'une colite, et l'on sait que ces pseudo-membranes ne sont souvent que le résultat de *troubles secrétoires*, et nullement inflammatoires, survenant chez les névropathes, sous l'influence de la constipation, après de simples crises entéralgiques ou encore chez les individus atteints de dyspepsie stomacale.

Par conséquent, dans tous les cas où il s'agit de pseudo-colite muco-membraneuse chez les *nerveux*, les *constipés*, les *entéralgiques*, les *dyspeptiques*, l'inflammation ne peut pas se propager à l'appendice, puisque cette inflammation n'existe pas, (ce qui semble donner raison à Dieulafoy).

Mais, cette inflammation peut se propager et se propage parfois de l'intestin à l'appendice, quand il s'agit d'une *véritable* entéro-colite (ce qui donne raison à Reclus).

2° *Indications de l'opération.*—Tout le monde—aussi bien en médecine qu'en chirurgie—est partisan de l'intervention opératoire, en " temps opportun," et pour des cas bien déterminés. Dans une discussion à la Société médicale des hôpitaux (7 décembre 1894), j'étais également arrivé à cette conclusion : " Souvent, trop souvent, l'embarras est grand, le diagnostic fort malaisé, et dans le doute, j'avoue que je ferais pencher la balance du côté chirurgical. Pour cette maladie, *dans le doute il ne faut pas s'abstenir.*" Et Roux (de Lausanne), auteur de tant de travaux importants sur ce sujet, a eu raison d'affirmer que " le seul moyen de guérison *absolue* pour tout individu qui a eu, ne fut-ce qu'une seule crise d'appendicite, c'est d'avoir son appendice dans sa poche."

Mais, proclamer à l'encontre d'éminents chirurgiens et médecins, que l'appendicite est " une et indivisible," que le traitement médical est nul, que l'opération s'impose dans tous les cas, qu'elle est toujours l'*ultima et prima ratio*, c'est compromettre une bonne cause, c'est commettre une exagération d'autant plus grave qu'elle peut amener dans l'avenir une réaction en sens contraire; et il faut avouer que cette réaction serait profondément regrettable. Sur un certain nombre de questions médicales, M. Dieulafoy est en complet désaccord avec beaucoup de cliniciens, et, emporté sans doute par l'ardeur oratoire, il va parfois un peu loin, quoiqu'il plaide très éloquemment un procès généralement juste.

Cependant, comme toute maladie, l'appendicite est soumise aux indications thérapeutiques, pour ou contre l'intervention opératoire, pour ou contre le traitement médical, et c'est la discussion calme, prudente et raisonnée de ces indications qui est l'œuvre du clinicien. *Ars tota in indicationibus.* Mais ces indications ne peuvent pas toujours se déduire de nombreuses statistiques, puisées de droite et de gauche—un bloc enfariné!—dont le moindre tort est d'être parfois un peu complaisantes...

On conçoit que je ne puisse ici entrer dans le détail de tous les faits pour discuter ces indications. Qu'il suffise de recommander la lecture d'un travail remarquable de Talamon, dont le nom et l'opinion, dans toutes ces discussions, ont été certainement trop laissés dans l'ombre. Il a cependant tracé de main de maître, comme tout le monde doit équitablement le reconnaître, l'histoire complète de cette maladie, et il termine par ces paroles, pleines d'un grand sens clinique :

" La première indication dans l'appendicite, dit W. Kaen, c'est d'appeler le chirurgien." Nous voulons bien, mais à deux conditions : la première, c'est que ce soit le médecin qui demande le chirurgien ; la seconde, c'est que le chirurgien soit bien convaincu d'avance que c'est moins à son bistouri qu'à son jugement qu'on fait appel."

Tel est le mot de la fin. Dans notre art—et c'est ce qui en fait le mérite et la difficulté—on ne dicte ni des lois, ni des arrêts ; on soigne des malades, et non pas des maladies ; on doit opérer chez l'un, et pas chez l'autre...

Il n'y a qu'une manière pour nous de " mettre les choses au point," et la voici :

Restons médecins, même et surtout en chirurgie.—(*In Journ. des praticiens.*)

FORMULAIRE

Bronchite chronique.

R. Poudre de Dwer..... 10-20 grains
Poudre de scille..... 10-20 grains
Poudre d'encalyptus..... 1 drachme
Pour trente cachets.

Sig.—3 cachets par jour.

LYON.

Cystite.

R. Baume du Canada..... 4 drachmes
Magnésie calcinée..... Q. S.
Pour faire 100 pilules.

Sig.—4, puis 5 pilules par jour.

MESNARD.

Antiseptie intestinale.

R Naphtol..... 45 grains
Chloroforme..... 20 gouttes
Huile de ricin..... 2½ onces
Essence de menthe..... 5 gouttes

Sig —A prendre par cuillerées à bouche dans du vin, de la bière ou du café noir chaud et sucré.

Chez les enfants, par cuillerée à café.

POLLAK.

Laryngite striduleuse.

R. Citrate de potasse..... 2 drachmes
Laudanum de Sydenham..... 20 gouttes
Poudre d'ipéca..... } ãã ½ once
Sirop simple ..... }
Eau Simple..... Q. S.
Pour quatre onces.

Sig.—A donner aux enfants par cuillerée à café, une toutes les deux heures.

DOUGLAS.

Insolation.

Plus le malade sera traité rapidement et énergiquement, plus l'on aura de chances de le guérir.

1° *Abaisser la température du malade.*

Le malade étendu sur une table est frictionné sur tout le corps avec des morceaux de glace, ou des éponges trempées dans l'eau glacée. Ces frictions durent 5 à 10 minutes et sont renouvelées tous les quarts d'heure. On prendra la température interne (rectum, vagin) ; la température externe (aisselle) varie de 4° à 6°.

2° *Décongestionner les méninges.*

Un sac rempli de glace est maintenu en permanence sur la tête.

Lorsque la congestion cérébrale est forte, ou qu'elle se prolonge, on applique 4 à 8 sangsues sur les apophyses mastoïdes.

Lorsqu'il y a irritation des centres nerveux accompagnée de contracture, et si le pouls le permet, on pratique une saignée de six onces à la veine céphalique.

3° *Soutenir le cœur.*

Injections hypodermiques fréquentes d'éther, de strychnine ou d'huile camphrée.

4° *Stimuler la respiration.*

Il sera nécessaire, dans certains cas à forme asphyxique, de stimuler le centre respiratoire en faisant des tractions rythmées de la langue.

Lorsqu'on aura réussi à sauver le malade, il sera bon de vider ses intestins par des doses légères de calomel.

Certains cas d'insolation prennent une forme anémique ; la température est très élevée, mais la peau est d'une pâleur considérable et les centres nerveux semblent paralysés. Ces cas sont très dangereux. Il faut surveiller surtout le cœur et les poumons. On se trouvera bien, quelquefois, au lieu d'employer la glace, d'entourer le malade de bouteilles d'eau chaude et de le faire transpirer abondamment.

L'existence d'une diarrhée abondante semble être un très mauvais signe.

HÔPITAL NOTRE-DAME,

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - *Dr J. B. A. LAMARCHE*

Rédacteur en chef : - *Dr E. P. BENOIT*

MONTRÉAL, JUILLET 1897.

COURRIER DES HOPITAUX

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes de M. L. A. LAMARCHE, M. D., interne-en-chef.

Dans mon dernier courrier, le typographe me fait dire "cancer du *sein* et peut-être du foie ; c'est "cancer du *rein*" qu'il faut lire.

Voici en résumé le rapport du mois de juin. Cent quarante-sept patients ont été admis, cent soixante-quatre congédiés et quatre-vingt quatorze restaient à l'Hôpital le 1er juillet 1897.

Trois malades sont morts en dedans de trois jours ; deux ont été transportés morts et sept sont morts sous traitement.

L'ambulance a répondu à cinquante-huit appels, dont quarante-deux pour accidents et seize pour cas privés.

En chirurgie, il y a eu quatre-vingt trois opérations ; en opthalmologie quarante.

Dix-huit cent soixante-six consultations ont été données aux différents dispensaires et deux mille six cent vingt-six prescriptions ont été remplies à la pharmacie.

Parmi les morts, citons entre autres un cas de pleuro-pneumonie avec hypertrophie considérable du foie. L'autopsie a été pratiquée chez ce sujet : le poumon gauche remplissait toute la cavité thoracique du côté gauche, et se trouvait complètement hépatisé. La plèvre gauche beaucoup épaissie était elle-même intimement adhérente au poumon dont elle ne pouvait être séparée sans entraîner avec elle des débris de tissu pulmonaire. Le foie, considérablement hypertrophié, accusait une cirrhose assez prononcée et refoulait le poumon droit, lequel, par suite de cette compression continue se trouvait beaucoup diminué de volume.

Nous avons aussi eu un cas intéressant de méningite tuberculeuse chez une fillette de 14 ans. A l'autopsie, à part les signes de méningite, tous les organes, foie, poumons, cerveau, rate, etc, étaient remplis de tubercules.

Durant les deux derniers mois, la fièvre typhoïde a surtout intéressé le service de médecine. Deux cas seulement se sont terminés par la mort, dont un six jours après son admission. Dans tous les cas, à part un, le séro-diagnostic a été employé avec succès. Voici le traitement suivi dans tous les cas : Diète lactée, acide borique, grs XX, 4 f.p.j. ou cachets. Bains d'éponge toutes les deux heures au besoin, alcool.

Dame D., âgée de 23 ans, mariée, accouchée il y a 2 mois. Malade depuis le 21 mai, elle entre dans le service le 2 juin 1897. Nous la trouvons abattue, insouciante, fièvre à 104°, pouls à 120, langue sèche, blanchâtre au milieu, rouge sur les bords, un peu de congestion pulmonaire. Etat délirant qui persiste pendant cinq à six jours. Le 11 juin, la patiente eut une hémorrhagie légère qui fut contrôlée par des applications de glaces sur l'abdomen. Le lendemain soir, quatre

hémorrhagies consécutives assez abondantes menacèrent d'emporter notre malade dans un monde meilleur. Le traitement cette fois a été : Injections d'ergotine gtts viii, puis Ext. fl ergot. 20 minimes toutes les 2 hrs. Glace sur l'abdomen et lavement de térébenthine, ce traitement a réussi à contrôler l'hémorrhagie. Fait assez curieux, la température prise à minuit, une heure environ après la dernière hémorrhagie, était à 110° pour retomber le lendemain matin à 8 heures à 99 3/5°. La malade n'a plus eu d'hémorrhagie dans la suite, mais la température s'est toujours maintenue à 103°, 104° et notre malade expirait le 27 juin.

J'aurais voulu rapporter quelques cas intéressants en chirurgie et en gynécologie, mais le surcroît d'ouvrage, occasionné par la préparation du rapport annuel de l'Hôpital me force de couper court, quitte à me reprendre dans un prochain courrier.

HOTEL-DIEU

Notes du Dr Geo. E. BEAUCHAMP, médecin-interne.

Durant le mois de juin, 362 malades ont été traités à l'Hôtel-Dieu ; 169 étaient des mois précédents et 183 nouveaux ont été admis. Sur ce nombre 152 ont été congédiés et 11 ont succombé aux affections suivantes : 4 de tuberculose, 2 de maladies du cœur, 2 de tumeur ovarienne, 1 de cancer du pharynx, 1 de cancer de l'estomac, 1 de cancer du sein et 1 d'artério-sclérose.

Le service de médecine ne présente pas de cas bien intéressants. Les cas de maladies chroniques sont toujours en grand nombre.

Dans le service de chirurgie, les opérations sont moins nombreuses que le mois dernier. Parmi les plus importantes, je citerai une opération pour tumeur ovarienne ; trois cures radicales de hernies, et deux ablations de sein pour cancer

Le service d'été vient d'être inauguré. Les docteurs Hingston et Merrill feront le service de chirurgie, et les docteurs Guerin, Fortier et Dubé le service de médecine.

1er Juillet 1897.

Vient de paraître

CHIPAULT.—*Le traitement du mal de Pott*, par le Dr A. CHIPAULT (de Paris). (N° 2 de l'**Œuvre Médico-Chirurgicale**.) *Masson et Cie., éditeurs*, 1 brochure in-8°..... 1 fr. 25

Ce fascicule, le deuxième numéro de la collection de l'*Œuvre Médico-Chirurgicale*, expose les règles que tout chirurgien prudent mais renseigné doit suivre dans le traitement du mal de Pott et de ses complications.

Le Dr Chipault, inventeur de la méthode thérapeutique qui a causé une si grande sensation dans le monde médical, étudie avec une clarté vraiment remarquable : 1° le traitement des cas où la lésion vertébrale constitue à elle seule toute la symptomatologie ; 2° le traitement des cas où cette lésion vertébrale s'accompagne de complications : paraplégie ou abcès froid. Il décrit avec un grand luxe de détails tous les appareils et interventions sanglantes qui doivent réaliser la base de tout traitement essentiel de la tuberculose vertébrale, c'est-à-dire l'immobilisation du malade. Les **ligatures apophysaires** et la **réduction, sous chloroforme, de la gibbosité**, méthodes que Chipault revendique énergiquement comme siennes, sont traitées d'une manière approfondie et surtout très compétente.

Les récentes discussions de la Société de chirurgie sur la réduction de la gibbosité soulevées par les travaux de Chipault prêtent à ce fascicule un intérêt tout particulier.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le "MONSIEUR" de la "CLINIQUE"

La "Clinique" du mois de juin publie une réponse, en dix points, aux observations que nous avons faites sur le projet de refonte des statuts du C. M. & C., P. Q.

Cet article ne brille certainement pas par la qualité de l'esprit, la finesse de la plaisanterie ou la valeur des arguments.

Nous avons eu le tort de piquer au vif un Monsieur qui ne signe pas *ça*, mais dont le style, les idées, certaines phrases stéréotypées—de vraies formules magistrales quoi !—révèlent l'identité.

Eut-il été permis d'en douter, la *Patrie* du 8 juin aurait dissipé toute incertitude, car on y pouvait lire, sous l'entête : " Dans le monde médical " :

" La "Clinique" sert un plat assez épicé à son confrère l'*Union Médicale*."

" Si l'*Union Médicale* a voulu avoir des informations elle n'a certainement " pas manqué son coup."

Tout l'homme est là ! Eperdument amoureux de Dame Réclame—les sérénades avec la trompette de la Métempsycose étant démodées—il lui fait sa cour au moyen de la presse politique.

Examinons le contenu de ce plat dont les épices ne sont pas d'importance très récente.

1° "La Clinique est-elle l'organe officiel du Collège des Médecins de la " Province de Québec ?

" Réponse :

" Si vous n'en saviez rien, c'est ignorance voulue, si vous nous aviez demandé cela, nous vous l'aurions dit."

Cette réponse est fort impertinente et fort peu pertinente.

Quand un serviteur est grassement salarié, il doit avoir assez de cœur et de conscience pour ne pas laisser faire sa besogne par ceux qui le payent!

2° *Le Bureau médical fait payer les uns et épargne les autres !*

Votre syllogisme a les cornes trop courtes ; il ne mérite pas plus de réponse que votre comparaison entre les comptes d'arrérages d'une corporation et ceux d'un particulier ne mérite d'attention.

" Doit-on poursuivre des récalcitrants ? écrivez-vous ; je vous défie de " l'affirmer " !

Prenons les statuts du collège, et nous lisons chap. III, clause IV :

" Il sera du devoir du Président de faire poursuivre tout membre du collège " négligeant de payer annuellement ses redevances au collège."

Le Président a-t-il rempli le devoir que lui impose cette clause ?

Je vous défie de l'affirmer !

Le 13 mai 1891, à l'assemblée des gouverneurs, il fut proposé par le Dr Rinfret, appuyé par le Dr Waters et résolu :

" Que le Régi trateur soit autorisé à poursuivre les médecins retardataires quand il le jugera à propos."

Le Régistrateur s'est-il jamais prévalu de cette autorisation ? Sinon, pourquoi ?

Au mois de mai 1889, le Dr Noir, un proche parent de l'écrivain de la "Clinique," publiait ce qui suit dans la "Gazette Médicale" :

" Vous avez remarqué que cette année l'agent du collège ne s'est pas beau- " coup occupé de collecter la contribution des médecins, c'est un signe des temps ;

" cela veut dire que l'élection sera d'autant plus facile qu'un plus petit nombre " de médecins auront payé leur contribution annuelle.

" Que pensez-vous du truc ? "

Ce truc a-t-il été aboli ? Comment ? quand ? et par qui ?

" Ceux qui ne paient pas leur contribution annuelle, ajoutez-vous, " per- " dent le droit de collecter leurs honoraires." Si cette sanction de la loi est efficace, pourriez-vous nous dire combien de médecins, depuis cinq ans, se sont trouvés dans l'impossibilité de collecter leurs honoraires, pour cette raison ?

Puis, admettant que nos plaintes soient futiles, pourquoi *le Bureau "fera-t-il adopter un amendement par lequel un tribunal professionnel pourra suspendre l'opération de la licence des retardataires.* "

Avez-vous déjà vu adopter les idées de gens qui ne savent ce qu'ils disent ?

3°. Ne dites plus : *le laisser aller, le laisser faire, le laisser passer, voilà la plaie qui ronge la profession !* Ça déplaît à notre contradicteur.

Mais vous pouvez écrire comme le Dr Noir :

" *Go as you please* : telle semble avoir été la devise favorite du Bureau ; " ou encore répéter avec le Dr Brosseau, en pleine assemblée des gouverneurs : " on est apathique, on ne veut pas se remuer, se donner du mal," et tout sera pour le mieux dans le meilleur des mondes.

Lors de sa prochaine visite aux bureaux de la "Patrie," le M. de la " Clinique " pourrait demander à M. Tarte une rétractation formelle du célèbre article de 1875.

Notre ami fait intervenir la France et l'Angleterre, dans le débat, pour prouver l'excellence de notre programme d'études médicales. Connu ! Certaines gens n'ont renoncé, qu'avec peine, aux cérats de nos aïeux pour adopter la méthode antiseptique : question de ne pas causer de chagrin à Lister.

" Le Bureau a reformé le contrôle des examens de médecine."

Très bien, la surveillance est sévère, mais on y échappe en passant l'examen de licence devant le Bureau, parce que : 1°. "*On se moque*, disait le Dr Brosseau, " à l'assemblée de juillet 1896, *de la façon dont se font ces examens*," 2°. "*Cet examen n'est qu'une farce*," affirmait le Dr Gauthier.

Résultat : Onze candidats admis à la pratique, à une seule réunion du Bureau, *dont pas un seul sous brevet.*

4°. " Paul prétend que le Bureau médical aurait dû adopter le mode d'élec- " tion préconisé par MM. Rottot et Fafard, supportés par *trois cents médecins.*"

5°. " La majorité du Bureau a eu tort de négativer la proposition destinée " à obliger les médecins à inscrire à l'endos de leur procuration les noms des " candidats pour qui ils veulent voter. "

Parlez donc d'écailles dans les yeux de Paul, quand une carapace tout entière ne vous permet pas de lire ! Où trouvez-vous, dans ce que vous appellez —avec une délicatesse très caractéristique—l'éjaculation de Paul, les deux propositions ci-dessus ? Fidèle adorateur de la vérité, vous les avez simplement tirées de votre imagination pour vous permettre d'écrire une piteuse défense.

Mettez vos lunettes des grands jours et vous lirez, à la page 312 de l'*Union :*

" Le vote par districts, tel que pratiqué dans Ontario par le Collège des " Médecins, et dans Québec, par le Barreau et la Chambre des Notaires, répon- " dra seul aux aspirations légitimes de l'immense majorité de la profession. C'est " l'unique système rationnel, etc."

" Est-ce clair ? Evidemment quand Monsieur a été admis à l'étude de la "médecine, le programme de l'examen n'avait pas encore été déclaré supérieur à "tout autre par le Conseil Médical d'Angleterre."

Pour justifier notre demande de changer le mode d'élection actuel, il faut, paraît-il, des preuves d'injustices envers les districts de la Province.

L'un des gouverneurs actuels en avait-il de ces preuves quand il arborait son programme dans la *Gazette Médicale* (mai 1889), dont le principal article était le suivant :

" *Division de la Province en districts, ayant droit de nommer un délégué du "Bureau Médical, sans intervention de la part des autres districts de la Province.*" (Dr Noir).

Etait-ce pour " lancer en l'air des accusations, sans les appuyer de faits incontestables," que ce même Dr Noir écrivait en avril 1889 :

" Il y a, vous objectez, la ressource du vote par procuration ; hélas ! Oui, " oui, le vote par ficelles, je le sais, invisibles et magiques. ..... Les méde- " cins de la ville où se fait l'élection ont substitué leur caprice à la confiance que " vos amis avaient mise en vous. Ce mode d'élection est tout ce qu'il y a d'équi- " table, cela saute aux yeux ; mais moi qui suis grincheux, je me dis que la *Pro-* " *vince de Québec devrait être divisée en districts dont les médecins éliraient un* " *délégué ou gouverneur.*"

Nous pourrions multiplier ces citations

Les ficelles ont dû changer de mains, car, depuis qu'un Phébus quelconque éclaire les délibérations du Bureau, le vil plomb de 1889 s'est changé en l'or pur de 1897.

Cueillons une perle, en passant : " Le Dr Rottot, dites-vous, a été porté à la Présidence "*sans coup férir.*" " Sans coup férir ?" Comment, il faut donc batailler pour l'honneur de s'asseoir dans le fauteuil présidentiel du Bureau ? Nous étions des naïfs croyant que cette dignité était décernée au plus méritant ! Cet aveu donne du corps à la rumeur, circulant dans les cercles médicaux lors de la dernière assemblée triennale, allant à dire qu'un médecin qui change d'opinions plus souvent qu'à son tour, insistait fortement pour se faire élire président ; histoire de se donner du ton et du prestige au cours d'un voyage en Europe, alors projeté et depuis réalisé..... par " *Gros-Jean comme ci-devant.*"

6°. " Paul veut que l'adoption de la proposition Rottot effacerait l'objection des frais législatifs."

Vous avez mal lu, l'ami ! et " vous gaspillez du temps, de l'encre et du papier " à nous donner des informations inutiles.

Nous avons dit : " Le projet de refonte fait disparaître une grande objection à l'amendement Fafard : les frais législatifs. Pourquoi ? Parce que, vous l'admettez vous-même, l'acte médical doit être refondu, et il vous en coûtera le même prix pour faire décréter le vote par districts ou conserver religieusement le système des ficelles invisibles et magiques. Un amendement de plus ne ruinera pas le Bureau !

7°. " Paul veut que le Bureau se propose de nous imposer une dépense d'une dizaine de mille dollars pour une bibliothèque."

Nous prenons un homme chargé de clientèle, de responsabilités multiples, d'innombrables projets d'avenir, à jouer au " colin-maillard, " c'est autant moins édifiant que le bandeau dont il s'est couvert les yeux semble très naturellement à sa place.

Vous avez demandé $ 500 pour la bibliothèque, à la dernière réunion du Bureau, c'est vrai ; on vous en a accordé $ 200, c'est encore vrai ; tout le monde comprend que c'est là le premier assaut sur la caisse, c'est encore bien plus vrai !

Tenez, relisez le 4me paragraphe de votre circulaire-programme de 1895 :

" 4°. Fonder une bibliothèque médicale provinciale à laquelle tous les " médecins licenciés auront accès ; d'où ils pourront se procurer, pour un temps " limité, les auteurs de leur choix, et sans charge supplémentaire. A cette " bibliothèque sera annexé un laboratoire de recherches scientifiques dont tous " les médecins pourront profiter, sans charge aucune. "

Et vous allez fonder une bibliothèque de ce genre, l'installer, l'entretenir, la faire assurer, payer pour le local, rémunérer un bibliothécaire, défrayer les frais de transport des volumes, d'une extrémité de la Province à l'autre,—tout cela pour $ 500.

Ou sorcier, ou farceur, pas d'autre alternative !

Nous trouvons, de plus, qu'en 1892 un avis de motion fut donné comme suit :

" Proposé par le Dr Marcil, secondé par le Dr Beausoleil :

" Que tout le montant d'argent, dont le Bureau provincial peut disposer sur " le capital qu'il a en main et sur les arrérages qu'il devra faire collecter instam- " ment, soit affecté à l'achat d'une bibliothèque de médecine, que 50 pour cent " du revenu annuel net du susdit Bureau soit aussi affecté à l'augmentation et " à l'entretien de la dite bibliothèque de médecine, que tout membre de la pro- " fession qui voudra avoir accès à cette bibliothèque devra payer deux dollars " annuellement."

En 1895, l'actif du Collège était de $ 12,900, à l'heure actuelle, il doit dépasser $ 15,000. Nierez-vous que le Bureau ne peut disposer de $ 10,000 ? Un obstacle s'est rencontré sur votre route : l'opinion générale demandant à être renseignée avant de se lancer dans une entreprise de cette nature. Vous entendez procéder maintenant par voie détournée, demander moins pour obtenir plus dans un avenir rapproché, mais votre but est fixé dans la motion ci-dessus et elle prouve la vérité de mon avancé.

8° Paul prétend que le Bureau n'a jamais fait publier et distribuer le " bulletin de ses séances."

Nous avons présenté, dites-vous, une tresse de mensonges aux lecteurs de l' " Union Médicale." Votre ambition était d'en présenter une plus grosse aux lecteurs de la " Clinique " et vos efforts n'ont pas été stériles.

Vous êtes au défi de citer une seule ligne de notre article justifiant votre avancé mensonger !

Nous avons simplement demandé un amendement " *pour obliger* les secré- " taires à faire imprimer et distribuer à tous les membres du collège " les minutes " correctes des procédés de toutes les assemblées."

Le fait, admis par vous, que le rapport des assemblées de 1896 n'est pas encore publié prouve le bien-fondé de notre demande, et prouve, de plus, que le Bureau ne respecte pas le désir de la profession, car, à l'assemblée triennale de 1892, il avait été proposé par le Dr Beausoleil, appuyé par le Dr Hart, et résolu :

" Qu'une copie des statuts et règlements du collège M. & C., ainsi qu'un rap- " port *des procédés de chaque séance du bureau soient régulièrement envoyés par les* " *secrétaires régionnaux à chacun des membres par l'entremise du registrateur.*"

T'as qu'à voir ! comment on s'est conformé à cette résolution !

9° Les observations de Paul sur la fameuse clause V du chap. XII, ont donné sur les nerfs du Monsieur de la " Clinique, " c'est évident, car, pour toute défense, il invente des mensonges qui n'ont pas même le don de la vraisemblance.

" Depuis neuf ans, affirme-t-il, il n'y a pas un seul certificat de médecin " porté au registre officiel ; or, pour valoir, tel document doit recevoir la garantie " du Bureau, cela va de soi."

Voilà de la blague en bâtons !

Rien, soit dans l'art. 3987 des statuts refondus, soit dans le chap. XII des Règlements du collège, exige cet enregistrement. Vous le savez, les tribunaux s'en tiennent à la lettre de la loi et non au *cela va de soi* des MM. de la " Clinique." Le cas de l'accoucheuse de St. Liboire l'a prouvé aux dépens du collège.

Monsieur ajoute : " les officiers du Bureau n'ont reçu aucune plainte à ce sujet." Notre contradicteur a réellement un toupet proportionné à sa tresse ! Si la motion du Dr Brophy, appuyée par cinq médecins, présentée à la dernière assemblée triennale, n'est pas une plainte à ce sujet, nous voudrions obtenir du Bureau une définition du mot *plainte.*

" Cette relique du *Comité d'un* est restée dans la lettre de la loi en attendant que l'*acte médical* soit refondu "—ajoute Monsieur !

Diantre ! encore deux refontes en perspective : celle de l' " acte médical " et celle des règlements du collège pour les mettre en harmonie avec la nouvelle

loi. Pourquoi n'avoir pas attendu l'action de la législature avant d'entreprendre la refonte de 1893.

Mystère ! En attendant, paye pauvre Purgon, c'est là ton unique consolation !

" 10° Paul dit que : *le registre médical sert de preuve dans le procès en* " *recouvrement d'honoraires, etc.*

" Paul se met encore le doigt à fausse adresse."

Eh bien lisons l'art. 3990 des Stat. Ref. P. Q., paragraphes II et III.

" Ce registre est appelé : " le registre médical de Québec."

" Une copie imprimée d'icelui, certifiée sous la signature officielle du régis- " trateur, fait *prima facie* preuve devant tous les tribunaux, que, les personnes " y nommées et entrées ont été enregistrées selon les dispositions de la présente " section. "

Où est maintenant le menteur qui fait preuve d'ignorance non pas voulue, mais d'ignorance crasse ?

Comment aimez-vous le plat épicé de la " Clinique " ?

Pour être difficile, orgueilleuse et d'excellente tenue, la voisine ne se laisse pas étouffer par les scrupules : le rôle de porte-quenouille, d'ambitieux repus lui va à merveille. Effacer les mots " Journaliste consciencieux " qui jurent dans ses colonnes la rapprocherait davantage de la perfection !

Elle termine en disant qu'elle ne laissera plus insulter les représentants de la profession médicale. C'est là une excellente résolution—elle pourrait étendre son champ d'utilité en discutant leurs actes—car il ne faut pas oublier que nous avons le droit et le devoir d'approuver et de censurer les décisions de nos mandataires.

Le Dr Noir a trop usé de cette liberté, dans ses fameuses chroniques, *écrites en collaboration*, pour nous refuser aujourd'hui ce privilège.

Si la " Clinique " veut discuter, nous discuterons ; si elle veut la bataille, elle l'aura, mais qu'elle nous rende, une autre fois, la tâche un peu moins facile, en ne lançant pas ses pavés à la tête de ceux dont elle assume la défense.

Dr Paul.

22 Juin 1897.

LE DROIT DE DISCUSSION

" Le rôle de dénigrement, assumé par " l'Union Médicale," n'a pas sa raison d'être. "

Telle est la sentence dogmatique placée à la fin de l'article grossièrement écrit du *Monsieur* de la Clinique. Et l'on aurait d'autant plus raison de le croire que c'est lui qui le dit.

Nous nous permettons cependant de différer d'opinion. Pour que la profession médicale soit satisfaite, il ne suffit pas que nos bons gouverneurs se placent devant leur miroir, et s'écrivent des articles de quatre pages avec la conclusion : "Messieurs du Bureau Médical, allez votre chemin, la profession est avec vous ! " Le temps est passé où l'on juge de la valeur d'un homme par les compliments qu'il s'adresse..... ou se fait faire. Ce sont les actes, ce sont les faits qui font juger un homme, et non plus les paroles. Finie la poudre aux yeux !

" L'Union Médicale " a publié des articles n'approuvant pas tout ce que fait le Bureau des Gouverneurs. Pourquoi veut-on que cela soit du dénigrement ? Nous avons écrit : chaque district de la Province devrait élire ses gouverneurs. Nous n'avons pas même le mérite d'être les premiers à le dire ; relisez les chroniques de la " Gazette Médicale." Nous avons affirmé que le mode d'élection actuel donne le contrôle absolu du vote aux intéressés. Ceci est surabondamment prouvé ; inutile d'y revenir.

Qu'avons-nous dit encore ? Que les fonds du Bureaux sont mal administrés ; nous le prétendons de nouveau. Comment ne nous a-t-on pas expliqué pour-

quoi, au printemps de 1896, le Président a soigneusement gardé dans sa poche le rapport des auditeurs! Pourquoi, chaque année, fait-on invariablement payer la redevance annuelle à certains médecins, et oublie-t-on aussi invariablement de collecter les autres ? Et combien d'autres questions que l'on pourrait poser.

Que le Bureau ne remplit pas quelques-uns de ses devoirs les plus simples, tels que la publication du compte-rendu de ses séances, (où sont celles de 1896 ?) l'établissement d'un registre exact et à date de la profession (voyez celui que vous avez entre les mains).

Que le Bureau ne nous protège pas contre les charlatans, que l'obligation qu'il nous impose de faire la preuve en cas de poursuite est odieuse, etc..... Si cela est faux, pourquoi tous ces Racicot, Tucker, Munyon et Cie ? Pourquoi l'envahissement de notre province, chaque année, par des charlatans américains ? Pourquoi cette clause incroyable permettant à un médecin de diplômer et licencier à la fois une accoucheuse ? Pourquoi des hommes comme Mirault, s'associant un médecin pour se mettre à l'abri ? Qua-t-on répondu à cela ? Que c'est la faute du lieutenant-gouverneur, des députés, de l'Université McGill, de celui-ci, de celui-là, de tout le monde, mais pas des gouverneurs !

Qu'avons-nous besoin de bibliothèque et de tribunal d'honneur, en face de pareilles lacunes ? Si l'on commençait par le commencement ?

C'est parce que nous disons tout cela que le *Monsieur* de la *Clinique* nous accuse d'insulter les gouverneurs, comme si nous, les mandataires, nous n'avions pas le droit de discuter les actes de nos représentants salariés ? Eh ! si ces Messieurs ne tenaient pas dans leurs mains les ficelles électorales, peut-être le prendraient-ils de moins haut. Car, c'est là le principal argument dont on use pour réfuter nos articles ; on nous insulte! Ce n'est pas une réfutation.

Parmi les arguments secondaires dont se sert l'auteur de l'article grossier de la *Clinique*, il y en a un qui donne une idée de la valeur des autres. Nous avons, dit l'auteur, rehaussé le programme des études médicales et perfectionné le contrôle des examens universitaires. Supposons que le fait soit exact. Alors pourquoi le Bureau des Gouverneurs accorde t-il, après cinq minutes d'examen, la licence à des gens qui n'ont ni brevet, ni diplôme? A quoi sert un beau programme, si l'on peut se dispenser de le suivre ?

Autre argument dont s'est servi le *Monsieur* de la *Clinique* dans la *Patrie*. *L'Union Médicale* est appuyée par trois cents médecins; il en reste douze cents pour nous soutenir. Pardon : vous avez fait vos dernières élections avec deux cent trente-deux (232) procurations, pas une de plus. Il est bon de le dire en passant.

Nous ne voulons pas discuter plus longtemps l'article du *Monsieur* de la *Clinique* ; notre ami et collaborateur, le Dr Paul, comme cela lui revenait de droit, s'en est chargé. Mais nous prétendons, comme organe d'un corps professionnel organisé, avoir droit de discussion, droit que personne ne peut nous enlever, et dont nous continuerons à nous servir au meilleur de notre connaissance. Si l'on croit que nous avons tort, qu'on nous le prouve. Mais il est inutile d'essayer à nous intimider par des injures, ou en comptant un, deux, trois jusqu'à dix. Nous ne sommes pas de ceux qui ont peur.

MOURE.—**De l'ouverture large de la caisse et de ses annexes**, par le Dr E. J MOURE. Octavo-65 pages, Feret et fils, éditeurs, Bordeaux.

TRAVAUX ORIGINAUX

TROUBLES NERVEUX EN RAPPORT AVEC LES MALADIES DE L'OREILLE.

Par le professeur FOUCHER.

Les manifestations nerveuses, occasionnées par différentes maladies de l'oreille, se présentent souvent en pratique avec des caractères qui en masquent l'origine et qui détournent le médecin de leur véritable signification. Le spécialiste lui-même, quoique familier avec les troubles nerveux ordinaires qui originent dans l'oreille, peut être induit en erreur sur la nature exacte des troubles qu'il observe et peut facilement les laisser passer inapperçus, surtout lorsqu'il existe d'autres lésions dans le voisinage de l'appareil auditif. C'est ainsi que des phénomènes de toux, de dysphagie peuvent facilement trouver une explication, et être attribués à des troubles des voies respiratoires inférieures ou supérieures alors que l'origine véritable se trouve dans l'oreille, avec ou sans surdité, avec ou sans phénomène de douleur.

Le riche réseau nerveux qui se distribue à l'oreille externe et moyenne et qui tient ses propriétés du trijumeau, du facial, du glosso-pharyngien, des anastomoses sensitives du pneumogastrique, du facial, et du sympathique, explique suffisamment l'exquise sensibilité de l'oreille, sa réaction prompte aux influences du dehors. L'entrelacement intime, dans un espace aussi restreint, des branches de ces différentes paires rend l'oreille accessible aux réflexes d'ordre le plus varié. Une irritation, même légère, en un point quelconque du conduit auditif externe, du tympan ou de la caisse, peut déterminer des douleurs dentaires, des accès de toux, d'asthme, de salivation, des vomissements incoercibles, de l'hémicranie, de la dysphagie, de la contracture maxillaire, de la paralysie, de l'atrophie, de l'épilepsie, de la chorée, de l'hystérie, des vertiges et une foule d'autres symptômes d'ordre psychique.

Il faut dire aussi que ces phénomènes nerveux réflexes n'accompagnent pas nécessairement les lésions de l'oreille. Politzer (1) a enlevé un morceau de yon, long de trois centimètres, qui avait séjourné pendant 50 ans dans le ıduit auditif sans déterminer d'autres symptômes qu'un certain degré de ·dité. Lucae, Zaufal, Rein, cités par Politzer, et un grand nombre d'autres, ; observé des faits analogues. Mais en opposition à ces cas, il y a une

(1) (Traité page 577.)

liste nombreuse de faits très intéressants qui démontrent que l'irritation de cette région produit non seulement de violents phénomènes sur le trajet des nerfs trijumeaux et vagues, mais encore des attaques nerveuses générales prolongées, qui ne disparaissent qu'avec l'agent irritant qui les a déterminées.

Parmi les exemples mentionnés dans la littérature médicale, je citerai les plus importants et j'y ajouterai quelques cas d'observation personnelle.

Arnold a guéri une jeune fille atteinte d'une toux longtemps persistante avec vomissements fréquents, en enlevant deux haricots dans les conduits auditifs. Toynbee et Politzer ont fait cesser une toux opiniâtre par l'extraction d'un os séquestre. Fabricius von Hilden a guéri une jeune fille atteinte d'épilepsie, de toux sèche, d'anesthésie de toute la moitié du corps et d'atrophie du bras gauche, par l'enlèvement d'un grain de verre, introduit depuis huit ans dans le conduit auditif. Gellé, Baratoux, Jackson, Suarez de Mendoza, Noquet de Lille, Boucheron et autres ont cité des cas d'épilepsie originant dans l'oreille et ayant guéri lorsqu'on traitait la maladie de l'oreille. Heydenreich a observé, dans un cas où des graines de soleil séjournaient depuis neuf ans dans le méat, une irritation des branches du trijumeau, se traduisant par des attaques mensuelles d'hémicranie du côté opposé avec sensation simultanée de piqûre et de chaleur dans l'oreille affectée, (Politzer).

Moos a guéri une hémiplégie causée par un insecte dans le conduit. Bertrand (1716), cité par Calmette, a guéri une jeune fille de quinze ans, qui, au cours d'une otite purulente, s'était endormie dans le champ et fut réveillée par des bourdonnements et des douleurs vives. Les troubles augmentèrent au point de déterminer des convulsions suivies de syncopes. La patiente eut le visage bouffi, les yeux éteints, les narines dilatées, les lèvres allongées, la bouche ouverte, il s'en échappait une salive écumeuse. Les mouvements convulsifs devinrent moins fréquents, la respiration laborieuse, la voix éteinte, le pouls concentré, faible et intermittent. Toute la partie latérale gauche de la tête était de couleur livide, gonflée et menacée d'une gangrène prochaine. Le Dr Bertrand fit l'extraction de cinq vers que la malade avait dans l'oreille, et le lendemain tous les symptômes avaient disparu.

L'otalgie tympanique est certainement une des manifestations réflexes des plus fréquentes parmi celles qui se manifestent dans l'oreille. Tout à coup, sans prodromes, un patient est subitement atteint de douleurs d'oreilles, plus ou moins vives, plus ou moins persistantes ; fermentations chaudes, calmants sous toutes les formes, rien n'y apporte la guérison, tout au plus un soulagement passager. L'audition reste bonne, souvent même il n'y a aucune trace d'irritation sur le tympan, l'inspection de la bouche fait constater l'existence d'une ou de plusieurs dents cariées du côté de l'oreille atteinte. La dent cariée n'est pas toujours sensible, souvent même le patient ignore que ses dents sont défectueuses. Dans ces cas l'extraction dentaire guérit instantanément l'otalgie. C'est donc une affection purement nerveuse, de nature réflexe et ces douleurs réflexes peuvent s'irradier dans l'épaule, le bras et les doigts correspondants. Cette irritation réflexe de la troisième branche du trijumeau s'est alors répercutée dans les

plexus cervical et brachial. Cette otalgie n'est pas toujours continue, elle est quelque fois intermittente et revient aux mêmes heures de la journée.

Inversement, une maladie de l'oreille peut donner lieu à des douleurs dentaires sans carie. Nous avons observé une patiente atteinte d'otite moyenne catarrhale avec douleurs dentaires réflexes qui voulait à tout prix se faire extraire une dent non cariée. Le dentiste, ne voulant pas y consentir, parce que la dent était saine, eut l'idée que le trouble provenait probablement d'un empyème de sinus maxillaire et allait perforer le sinus lorsque la patiente se ravisant le pria de me téléphoner. Quelques explications suffirent pour fixer la nature des troubles et prévenir des opérations inutiles sur des organes parfaitement sains d'ailleurs. Deux ans auparavant, la même patiente avait eu une pareille attaque d'otite moyenne avec douleurs névralgiques intenses qui guérirent par la myringotomie. L'opération répétée une seconde fois, dans les mêmes conditions, eut le même résultat satisfaisant pour la patiente.

Green rapporte un cas d'otalgie ayant coïncidé avec l'apparition d'une adénite cervicale et ayant disparu avec elle. Il est bien possible que dans ce cas une lésion du nez ou du pharynx ou même d'ailleurs ait pu causer et l'adénite et l'otalgie. Certaines maladies du pharynx, entre autres les ulcères des pilliers du voile du palais, la pharyngite ulcéreuse, l'amygdalite, les lésions de la base de la langue déterminent parfois de violentes douleurs d'oreille, auxquelles succèdent souvent une inflammation de la caisse. Une ulcération de l'épiglotte entraîne presque constamment des douleurs du côté de l'oreille, otalgie réflexe provenant du pneumogastrique (Gerhart). Inversement, une lésion de l'oreille moyenne peut provoquer des phénomènes de douleurs dans la région du larynx et provoquer des efforts de toux.

Il m'a été donné d'en observer un cas remarquable chez un de mes enfants : Le 7 de janvier, dans le cours de la nuit, je fus réveillé en sursaut par une attaque de toux convulsive survenue chez ma petite fille, âgée de 3 ans. Elle s'était couchée la veille, gaie et joyeuse, en parfaite santé apparente, elle avait terminé quelques jours auparavant un corysa de peu d'intensité. La toux avait le caractère de celle de la coqueluche : succession rapide des efforts, allant jusqu'à l'étouffement et le vomissement, avec la seule différence, qu'au lieu de se terminer après une quinte, elle continua d'une façon non interrompue pendant près d'une heure et demie. Je ne savais que penser, cet état commençait même à m'inspirer quelqu'inquiétude, lorsque l'enfant tomba, épuisée de fatigue, la tête sur son oreiller et dormit paisiblement tout le reste de la nuit. Le lendemain, dans le cours de la journée, rien ne fit voir qu'il y eut coqueluche ou autre trouble des voies respiratoires, l'enfant, naturellement gaie, se portait à merveille. Seulement, le soir, vers huit heures, elle accusa un violent mal d'oreille, le tympan était rouge, il y avait là une véritable myringite, laissant à peine apercevoir l'emplacement du manche du marteau. J'appliquai de la chaleur sèche sur l'oreille, la nuit se passa telle quelle avec quelques accès de douleurs, un sommeil souvent interrompu, mais aucun accès de toux. Le lendemain, l'enfant n'accusa aucune douleur et tout rentra dans l'ordre.

En me raisonnant ce cas peu ordinaire, j'en arrivai à la conclusion suivante : le corysa du début, au moment de sa disparition dans le nez, avait envahi la caisse, et cet envahissement subit a déterminé la toux réflexe qui m'a inquiété ; les douleurs d'oreille du lendemain ont été une expression plus énergique et plus franche de l'inflammation de la caisse.

A côté de ce cas, il en existe une foule d'autres, où des efforts de toux sèche, nerveuse, sans lésion ni des bronches, ni des poumons trouvent leur explication dans une irritation réflexe et leur traitement dans celui d'une maladie de l'oreille ou des voies respiratoires supérieures.

Les réflexes peuvent s'exercer à une distance encore plus éloignée. Il me vient à la mémoire, une patiente du service de gynécologie de l'Hôpital Notre-Dame, qui, après s'être fait enlever l'ovaire gauche par le Dr X., l'ovaire droit par le Dr Z., est venue échouer à l'Hôpital Notre-Dame en demandant à grands cris qu'on lui enlève l'utérus. J'ignore si on a jugé à propos d'acquiescer à sa demande, mais je me rappelle que cette patiente accusait en même temps des symptômes du côté des oreilles : audition défectueuse, sans lésion appréciable du tympan, mais surtout des phénomènes douloureux constants dans les oreilles, et cette fois encore la patiente avait foi en la vertu curative d'une opération. J'ai cru à l'existence de troubles réflexes, analogues à ce que produit la kopiopie utérine décrite par Foerster. Cette kopiopie est de nature hystérique. Les malades se plaignent de troubles oculaires qui ne sont que subjectifs. On examine soigneusement et l'on ne découvre rien. Les malades accusent des douleurs dans le front ou dans d'autres régions animées par le trijumeau. Ils éprouvent des sensations de chaleur, de brûlure à la surface de l'œil ; des élancements dans l'orbite, l'œil est sensible à la lumière, surtout celle de la lampe. L'accommodation est paresseuse. Foerster attribue ces troubles à l'hypéresthésie réflexe du nerf optique et du trijumeau consécutivement à l'irritation du plexus nerveux péri-utérin. Cette irritation est provoquée par l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, (péri-métrite chronique, atrophique de Freund).

Je crois donc que cette kopiopie utérine a son analogie dans l'oreille et trouve la même explication de son origine.

Les maladies de la caisse ont leur réaction immédiate, mais non constante sur le nerf facial, la corde du tympan et le plexus tympanique.

L'inflammation de la caisse, surtout l'otite purulente peuvent, en comprimant ou même en détruisant le nerf facial, produire sa paralysie totale ou partielle. De toutes les affections de la caisse, c'est l'otite purulente qui réunit le mieux les conditions d'hypérémie, de gonflement et d'exsudat propres à comprimer le nerf facial et nuire à son fonctionnement normal. Le canal de Fallope présente une ouverture audessus de la fenêtre ovale, dans sa partie horizontale, ouverture constante chez le nouveau-né et assez fréquente chez l'adulte. Cette disposition anatomique explique la facilité avec laquelle l'inflammation purulente peut atteindre le facial. Aussi il n'est pas rare d'observer une paralysie faciale au cours de l'otite suppurative et plus fréquemment d'observer une légère parésie s'accusant par une paresse de l'orbiculaire et un peu de larmoiment.

Le facial ayant des fonctions physiologiques à remplir dans la caisse, son altération détermine des troubles que je vais passer rapidement en revue.

L'audition est augmentée ou diminuée. La surdité résulte de la paralysie du muscle de l'étrier inervé par le facial. L'action prépondérante laissée au muscle du marteau produit un enfoncement de la base de l'étrier dans le vestibule et de la compression probable du labyrinthe. Au symptôme de surdité s'ajoute celui de bourdonnement. La paralysie faciale détermine aussi ce qu'on appelle l'hyperacousie de Willis, c'est-à-dire l'exagération de l'ouie. Le mécanisme de ce phénomène paradoxal n'est pas bien déterminé, et pour cette raison, je ne m'arrêterai pas à faire l'exposé des différentes théories qui ont été apportées pour en expliquer le mécanisme. Le degré de paralysie faciale doit être établi avec soin, il faut surtout porter son attention sur le voile du palais ; la participation de cet organe à la paralysie indique, mais d'une façon non constante, qu'elle a porté sur le ganglion géniculé.

Les lésions de la corde du tympan ou du plexus tympanique produisent des symptômes qui proviennent des fonctions attribuées au facial, au trijumeau, au glosso-pharyngien et au sympathique. Comme les branches du trijumeau et du glosso-pharyngien renferment des filets tactiles et gustatifs, les maladies de la caisse peuvent déterminer des névroses du goût, du toucher ; et dans la zône du trijumeau, de la racine à la pointe de la langue ; et dans celle du glosso-pharyngien, du tiers-postérieur de la langue, du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx.

Lorsque, au cours des pansements appliqués dans le conduit pour traiter l'otite purulente avec perforation, on touche avec un stylet ou un médicament quelconque la corde du tympan, on détermine une sensation sur le bord de la langue, sensation variable, chatouillement, sensation de froid, sensations gustatives, salées, quelque fois douleurs à la pointe de la langue. La section de la corde du tympan détermine l'abolition ou la diminution de la perception gustative. L'irritation mécanique de la paroi de la caisse peut déterminer une sensation de grattement sur la paroi pharyngée postérieure. Une inflammation peut produire le même phénomène et causer la sensation d'un corps étranger dans le pharynx, et donner lieu à des efforts inutiles d'expulsion, à du raclage à blanc. Le pouvoir gustatif peut être diminué, être retardé ou abrégé dans sa durée. Lorsque le goût a été aboli au cours d'affection de l'oreille, il revient d'abord par les acides comme d'ailleurs dans l'anesthésie du goût chez les hystériques (Rosenthal).

L'anomalie du tact n'accompagne pas nécessairement l'anomalie du goût, l'un peut être perdu et l'autre conservé; leur association prouve que la lésion porte à la fois sur des filets gustatifs et des filets tactiles. La réaction des maladies de la caisse sur les glandes salivaires est évidente, il suffit de souffler dans le conduit auditif de la poudre d'acide borique pour produire une salivation abondante lorsque le tympan est perforé. Ce phénomène trouve son explication dans le fait que les nerfs des glandes salivaires contenues dans les branches du facial et du trijumeau proviennent en grande partie du facial ; la glande sous-maxillaire et la glande sublinguale reçoivent spécialement leurs fibres secré-

toires par la corde du tympan, la parotide, au contraire, par le petit nerf pétreux superficiel, auquel les filets du facial sont amenés par le rameau s'anastomosant avec le plexus tympanique.

Une irritation du plexus tympanique dans la caisse peut donc réagir par voie réflexe sur les glandes sous-maxillaires et parotide, et déterminer une secrétion exagérée de ces glandes. Encore ici, il ne faut pas oublier cette action réflexe chez les sujets qui se plaignent d'avoir constamment de la salive à la bouche et qui attribuent ce symptôme à une maladie de la gorge, ou encore à du catarrhe nasal.

Outre les manifestations nerveuses réflexes s'exerçant dans le proche voisinage de l'oreille, il y en a d'autres qui portent sur les centres nerveux eux-mêmes, et qui se traduisent par des phénomènes alarmants.

J'ai observé des cas de folie survenus au cours de maladies de la caisse du tympan, d'otite purulente et de sclérose avec bruits subjectifs intenses et continuels dans l'oreille. Une patiente est venue me dire qu'elle entendait continuellement la voix de sa mère morte qui lui disait, nuit et jour, priez pour moi, priez pour moi. Une autre voulait à tout prix que je lui enlève une araignée qui s'était introduite dans son oreille, et qui lui grattait continuellement la *toile* du tympan, et qui évidemment menaçait le plafond. Ces psychoses réflexes et celles moins graves qui s'annoncent par un changement d'humeur, une modification de caractère, une paresse intellectuelle, avec perte de mémoire, ont été étudiées avec soin par Koeppe et attribuées par lui à une irritation du trijumeau.

Je termine cette étude en rapportant l'observation de trois cas de phénomènes réflexes remarquables, causés par des lésions de l'oreille.

Il y a quelques années, une jeune fille vint me consulter à mon bureau pour une surdité datant de quelques jours. L'examen fit reconnaître des masses de cérumen. Je commençai les injections et j'avais même réussi à débarrasser complètement une oreille, lorsque tout à coup, en injectant l'autre, ma patiente fut prise d'une grande attaque hystérique, où rien ne manqua : attitudes passionnelles, arc de cercle et grands mouvements de bascule. Un peu abasourdi par cette complication imprévue, je demeurai spectateur passif de la scène, qui se renouvela et menaçait de se renouveler à l'infini, lorsque, me rappelant les expériences de Charcot à la Salpêtrière, je pressai énergiquement les ovaires et ramenai la patiente à de meilleurs sentiments. J'ordonnai des instillations émollientes dans l'oreille, et recommandai à la patiente de revenir un autre jour. Cette fois, l'attaque d'hystérie ne se renouvela pas. Ce fait, quoique rare, n'est pas surprenant si l'on tient compte de la grande facilité avec laquelle on peut déterminer l'attaque hystérique, surtout chez certains sujets.

Le deuxième cas est celui de S. A., garçon âgé de onze ans, qui s'est présenté à l'hôpital Notre-Dame, au service des maladies nerveuses, en mai dernier, pour y être traité d'une hémichorée du côté droit. D'après les renseignements fournis par le Dr Chagnon, le trouble nerveux existe depuis à peu près trois mois et a paru dès le début, être en rapport avec une affection de l'oreille droite. Renvoyé dans mon service pour examen et traitement, j'ai constaté l'existence d'une otite

moyenne suppurative chronique de l'oreille droite. L'écoulement existe depuis trois mois, époque vers laquelle est apparu l'hémichorée, mais le patient éprouve des douleurs dans cette oreille depuis près de six mois. Après quelques semaines de traitement, (glycérine phéniquée, pansement sec à l'acide borique, etc.), l'écoulement a cessé, mais les troubles nerveux persistaient encore lorsque le patient a quitté mon service. Ce n'est que plus tard, à peu près un mois après la guérison de l'oreille, que l'hémichorée s'est atténuée; aujourd'hui, la guérison est à peu près complète.

Un troisième cas de trouble nerveux réflexe, provenant de l'oreille, a été observé dans le cours de l'été dernier. Melle R., 23 ans, fileuse à la manufacture de coton de Cornwall, est venue me consulter, le 11 août 1896, à la demande d'un confrère de la ville. Elle raconte que le 15 septembre 1895, en voulant se baisser pour ramasser un objet par terre, elle perdit connaissance, et resta ainsi, dans cet état, pendant plusieurs heures. A son réveil, elle éprouva une violente céphalalgie et fut prise de vomissements, qui tendaient à se renouveler chaque fois qu'elle tentait de lever la tête. Pendant les quelques jours qui suivirent l'accident, cet état persistat dans toute son intensité, et elle perdit connaissance, chaque jour pendant quelques minutes, pendant trois jours de suite.

La céphalalgie continua à dater du moment de l'accident, la patiente, suivie de près, n'éprouva aucun soulagement des différents traitements qui lui furent administrés, elle perdit connaissance à maintes reprises, fut administrée et veillée plusieurs nuits, on s'attendait à sa mort d'un moment à l'autre. La maladie durait déjà depuis près d'un an, avec toute l'intensité du début, les améliorations passagères ne permettaient pas à la patiente de reprendre le cours de ses occupations. Bref, les médecins en charge du cas ne savaient qu'en penser, lorsqu'elle fut dirigée à Montréal, chez un confrère et de là, chez moi. Elle se rendit au bureau avec difficulté, éprouvant des vertiges qui rendaient sa démarche chancelante, la lumière lui faisait mal aux yeux, et toute commotion la rendait faible et prête à perdre connaissance.

L'examen des yeux révéla un astigmatisme de ½ dioptrie contre la règle. Rien d'anormal dans le fond de l'œil. Fonctionnement musculaire normal. Champ visuel et perception des couleurs intacts. Rien à noter du côté du nez et du pharynx nasal. Dans l'oreille gauche, bouchon de cérumen, profondément enfoncé, et faisant corps en quelque sorte avec le tympan. Le cérumen est enlevé, et, à la grande surprise de la patiente, elle éprouve immédiatement un soulagement, sa tête est allégie, ses étourdissements sont disparus. Tout bruit lui résonnait péniblement dans la tête, maintenant tout est clair. Pour la première fois, elle constate qu'elle n'entendait pas aussi bien de l'oreille gauche que de l'oreille droite. Questionnée sur l'existence de cette surdité, elle raconte que le bruit dans sa tête était tel qu'elle pensait que son cerveau était malade et ne se rendait pas compte de l'état de son oreille. Revue quelques jours plus tard, l'amélioration est encore plus manifeste. Des verres cylindriques sont prescrits pour être portés continuellement. Revue quelques mois plus tard, la patiente se considère comme guérie, quoique plus sujette qu'avant l'accident à de légères attaques de céphalalgie.

Ce cas me remet en mémoire un autre analogue, observé et décrit par Troëlch, il offre avec le nôtre de nombreux traits de ressemblance.

"Un homme d'un certain âge sort la nuit du cabaret, où il venait de montrer dans la conversation sa vivacité habituelle; en route, il se heurte contre le timon d'une voiture maladroitement placée; la force du choc le renverse à terre : il tombe la tête sur le pavé. Il croit être resté un quart d'heure environ privé de sentiments ; il ne sait pas au juste s'il doit mettre sa perte de connaissance sur le compte de sa chute, ou sur celui des nombreuses libations auxquelles il s'était livré ; mais il déclare qu'avant son accident il avait déjà la vue un peu troublée. Rentré chez lui tout seul, il passe une très bonne nuit ; mais il s'aperçoit le lendemain, en même temps que son entourage, qu'il était devenu complètement sourd. Le médecin, appelé auprès du malade, croit pouvoir attribuer cette surdité subite à la chute de la veille. Il appelle l'attention de la famille sur la gravité du cas, en disant qu'il s'agissait au moins d'une commotion cérébrale, peut-être même d'une hémorrhagie du cerveau. Le patient, qui d'ailleurs se porte bien, est mis à la diète : on le ventouse, on le purge et, quelques jours plus tard, on lui applique un séton ; la surdité reste la même ; mais ses forces physiques et son intelligence baissent de jour en jour. Au bout de quelques mois, on me l'amène. Après avoir écouté l'histoire de sa maladie, j'examine les oreilles, et je trouve les deux conduits auditifs bouchés de cérumen que je fais ramollir et que j'enlève à force d'injection. Immédiatement, le malade recouvrant parfaitement l'ouïe se trouve non-seulement guéri de sa surdité, mais aussi de la mélancolie qui l'avait envahi depuis sa prétendue commotion cérébrale." (Troëlch ; leçons cliniques).

En résumé, l'oreille est un centre où s'exercent les réflexes les plus variés, et il faut avoir ce fait présent à la mémoire lorsqu'on est appelé à traiter des troubles nerveux de quelqu'importance. C'est le meilleur moyen d'arriver à un diagnostic précis, d'apporter un remède causal efficace, d'empêcher des traitements intempestifs, inutiles ou funestes. De plus, dans certains cas, dans l'épilepsie par exemple, celle qui est due à une maladie de l'oreille bien entendu, un examen et un traitement de l'oreille peuvent empêcher à temps l'habitude épileptique d'être créée, plus tard l'habitude épileptique devient incurable, alors même que la cause est enlevée. On sait en effet, d'après les expériences de Brown-Sequard, que l'habitude épileptique se crée, que l'appareil épileptogène contracte l'habitude d'être excité facilement, devient de plus en plus excitable, et peut être mis en jeu ultérieurement par les moindres causes psychimotrices, toute autre que la cause première.

Empoisonnement arsénical par la voie vaginale.—Dans le *Wien klin Woch*, M. Haberda rapporte un cas d'empoisonnement arsénical par une voie peu employée dans notre pays. Il s'agit d'une jeune fille qui s'était introduit de l'arsenic dans le vagin. La partie supérieure du vagin, où se trouvait la boulette de poison, était remplie d'un exsudat fibrineux. Les lésions produites par l'intoxication étaient les suivantes : léger ictère, hémorragies, dégénérescence graisseuse du cœur, du foie et des reins, lésions stomacales et intestinales.

DES INJECTIONS SALINES DANS LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE, SPÉCIALEMENT CHEZ LES VIEILLARDS [1]

Par J. A. LESAGE,

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris.

Le hasard de la clientèle nous ayant servi à souhait. nous avons cru intéressant, au point de vue thérapeutique, de publier l'observation suivante. C'est celle d'une malade âgée qui fut atteinte d'une pneumonie droite localisée surtout au sommet, que nous avons traitée par les injections sous-cutanées massives d'eau saline et que nous avons suivie avec beaucoup d'attention.

Le 16 mars dernier, nous étions appelé auprès de Madame C..., veuve, 66 ans, se plaignant, depuis deux ou trois jours, d'une faiblesse inaccoutumée et de malaises passagers qu'elle localisait dans la région du cœur.

Nous la trouvons au lit, la face pâle, le regard atone, la respiration fréquente et pénible, le pouls rapide, dépressible.

Température axillaire, 101.1°.

A l'examen, nous constatons, du côté du poumon, sommet droit, une légère matité avec augmentation des vibrations locales; la respiration est soufflante avec quelques bouffées de râles sous crépitants, surtout au sommet de l'aisselle, disparaissant dès qu'on se rapproche de la base pour être remplacés par des râles de bronchite ordinaires chez la malade.

L'*appétit* est nul, la constipation légère avec ballonnement du ventre.

Le *cœur* présente des signes non douteux de sclérose, maladie fréquente à cet âge, avec intermittences à toutes les 12 à 15 pulsations à peu près.

Dans la soirée, l'état s'aggrave, la face est très pâle, la respiration pénible, l'expiration se terminant par un gémissement plaintif. Mêmes signes plus accentués du côté du poumon avec râles d'œdème aux deux bases, en particulier à la base droite.

Pouls : 115.

Température : $102\frac{1}{2}$°.

Point de côté : nul.

Urines : traces d'albumine.

En face de ces signes cliniques non équivoques, le diagnostic de pneumonie du sommet s'imposait. Mais un point restait à élucider, à savoir : la nature de cette pneumonie. Car l'on comprendra facilement que le pronostic comme le traitement différaient en tout point suivant que nous avions affaire à une pneumococcie pure ou bien à une pneumonie tuberculeuse, comme cela arrive fréquemment dans les pneumonies du sommet. La ponction exploratrice au moyen de la seringue de Pravaz devait lever tous les doutes, en nous permettant d'ex-

(1) Communication faite à la Société des Internes, séance du 30 juin 1897.

traire 1 c.c. d'un liquide plus ou moins louche que nous injections dans la racine de la queue d'une souris d'une part, tandis que d'autre part nous ensemencions un tube de bouillon.

Après 24 heures, l'animal était mort et un frottis de rate séchée à la flamme et colorée par le bleu de Kuhne et le violet au $\frac{1}{3}$ nous laissait voir le pneumocoque type entouré de sa capsule transparente.

Même résultat dans le tube de bouillon porté à l'étuve à 35° durant 24 hrs.

Dans l'intervalle, nous avions institué le traitement classique, anodin : Ipéca 1 gr. 50 en trois paquets à 5 minutes d'intervalle, ventouses sèches, lait. Potion à l'acétate d'ammoniaque, 10 grains à prendre dans les 24 heures. Injection sous-cutanée d'huile camphrée au $\frac{1}{10}$; trois c.c. Lavement évacuateur.

Le lendemain, 17 mars, l'affaissement est plus grand que la veille. Les phénomènes de congestion s'accentuent et indiquent une hépatisation nette, l'œdème est plus considérable.

Température à 101½°, matin.

Pouls fréquent, 100, avec intermittences.

Le soir, 5 heures, température 103° ; pouls 120 ; même traitement.

Le 18 mars, même état. Le soir, 5 heures, l'état général s'aggrave. La malade est dans le décubitus dorsal, les paupières closes ; le corps en résolution.

Pouls 125, intermittent.

Température 103½°.

Respiration : 42 à la minute. Inspiration saccadée, expiration gémissante.

Les urines sont rares, fortement colorées, albumineuses.

A huit heures du soir, le même jour, on nous fait appeler en toute hâte, appréhendant une fin proche et fatale. La malade était moribonde : inspiration superficielle 45 m. Inconscience presque absolue.

C'est alors que nous décidons d'intervenir au moyen des injections massives du sérum artificiel suivant la formule de Hayem 7/1,000.

Une première injection de 600 grammes est faite dans le flanc gauche au moyen de la seringue de Roux.

A ce moment la température était à 103°½, le pouls 125, intermittent.

Pendant cette injection, dont la durée a été de 30 minutes à peu près, on voit la malade revenir peu à peu. Le pouls se régularise et se sent plus facilement. La malade ouvre les paupières, le regard s'anime et le refroidissement général diminue.

Après l'injection, la malade exprime un sentiment de mieux. La *respiration*, quoique très gênée encore, est cependant plus facile.

Le *cœur* fréquent est devenu *régulier*.

A 11 heures du soir, deux heures après le début de l'injection, la température est à 104°. Pouls, 150.

La face est cyanosée ; la respiration est fréquente ; excitation générale avec affaissement.

A minuit : sudation abondante. La pâleur succède à la cyanose.

Température 102½°, aisselle.

Pouls 140, régulier.

Respiration : 35.

Toux pénible ; expectoration nulle.

Somme toute, malgré certains symptômes inquiétants en apparence, l'état général s'est amélioré, et l'orage qui a précédé et suivi l'injection s'est calmé.

Le lendemain, 19, on nous dit que la malade a pu reposer une partie de la nuit. Le matin, l'amélioration se continue, l'aspect général est assez bon.

Pouls 120, régulier.

Température axillaire 99°.

Respiration, 40 m.

Rien de spécial au poumon, si ce n'est que l'œdème est considérable.

A 5 heures p. m., l'affaissement fait des progrès, si bien que nous jugeons l'état de la malade aussi grave que la veille.

Le teint est livide, le refroidissement se généralise.

Respiration 45, pénible.

Pouls 140, de nouveau intermittent.

Température 102½°.

Poumon, sommet droit, percussion : matité franche diminuant en allant vers la base.

Auscultation : râles humides nombreux, surtout au sommet de l'aisselle, avec râles d'œdème à la base.

Sommet gauche : Sonorité exagérée avec respiration forte indiquant des signes de suppléance. La base est œdématiée.

Nous pratiquons une nouvelle injection de 600 c.c. à une température de 37 à 39° à peu près.

La même crise se répète à peu près dans le même temps, à tel point qu'il nous serait possible de superposer les tracés que nous en avons pris.

Le 20, matin, nous sommes étonné de l'aspect de notre malade ; il semble que l'affaissement persiste et notre inquiétude est grande. La respiration est plus difficile, le tirage est plus marqué.

Pouls 160, dépressible, intermittent.

Nouvelle injection de 600 grammes dans les mêmes conditions et au même endroit, au flanc gauche. Un mieux passager se produit vers 11 heures a. m., pour disparaître vers 5 heures p. m., heure à laquelle nous pratiquons une nouvelle injection de 1000 grammes, soit 500 grammes dans chaque flanc.

La réaction ne se fit pas attendre. A 8 heures, soit 1 heure 30 après le début de l'injection, la malade est prise d'un frisson intense qui se termine par une sudation exagérée, avec émission d'urine considérable et débâcle intestinale au milieu de la nuit.

A minuit, le même jour, la température était déjà tombée, de 103° qu'elle était, à 5 heures p. m., à 100°.

Le pouls, fréquent, était régulier.

Le 21 mars, matin : la malade accuse un bien-être sensible. Elle nous dit que les malaises qu'elle ressentait, à certains moments, se sont espacés.

Température axillaire 99°.

Pouls 100, régulier.

La matité du cœur droit est moins étendue, les intermittences ont cessé : il nous est donc permis de croire que l'obstacle à vaincre, du côté du poumon, est moins grand.

D'autre part, la respiration est moins pénible quoique fréquente encore. L'auscultation nous révèle la présence de gros râles humides, bulleux. Le souffle s'éteint graduellement.

Les deux bases sont le siège de râles de congestion nombreux.

A partir de ce jour, soit le 6e jour, le mieux a persisté ; et, à part quelques malaises passagers qu'il faut attribuer au surmenage d'un cœur déjà touché par la sclérose, plus ou moins généralisée à cet âge, il est permis de croire que la guérison sera définitive. Et, de fait, la suite nous donna raison.

Pour être complet, nous ajouterons que, dès le 3e jour de la maladie, nous avions injecté dans le flanc droit 20 c.c. de sérum de Chéron suivant la formule :

Sulfate de soude	8	grammes
Phosphate de soude	4	—
Chlorure de sodium	2	—
Acide phénique neigeux	1	—
Eau	100	—

Au moment de l'injection, la malade se plaignit d'une sensation de brûlure vive. Dans les jours suivants, nous notions une anesthésie marquée au même endroit avec rougeur, gonflement et élévation de la température locale.

Plus tard. la peau se délimita d'elle-même et il y eut élimination d'une eschare considérable avec suppuration locale qui ne fut pas sans nous causer quelqu'inquiétude. La plaie se cicatrisa peu à peu dans la suite, et aujourd'hui elle est guérie parfaitement.

Devons-nous attribuer ce contre-temps à la présence d'acide phénique neigeux qui agirait comme caustique à ce taux trop élevé ? devons-nous plutôt penser à une erreur dans la façon dont l'ordonnance fut remplie chez le pharmacien ?... nous ne pouvons rien affirmer. En tout cas, nous croyons devoir attirer l'attention des praticiens sur ce fait pour qu'ils soient en garde, le cas échéant. Nous affirmons que tous les soins antiseptiques requis dans ce cas ont été employés pour nous mettre à l'abri de tout reproche si toutefois l'idée d'une infection par l'aiguille se présentait à l'esprit d'un chacun.

Nous avons, sans le vouloir, réalisé les expériences de Fochier le premier et de Dieulafoy ensuite qui, dans l'espoir d'une guérison plus prompte, injectaient une quantité donnée d'ammoniaque dans la cuisse des pneumoniques, à l'effet de provoquer des abcès à distance servant pour ainsi dire de débouchés à l'abcès central. Nous ne savons quel crédit donner à cet abcès par aventure ; en tout cas, nous n'avons nullement l'intention de tenter l'expérience une seconde fois. La méthode, préconisée certain jour, est déjà vieillie et n'est plus guère conseillée aujourd'hui, même par ceux qui en furent les défenseurs convaincus.

Tel est le fait clinique dans toute sa rigueur. Il présente un certain intérêt au point de vue thérapeutique, étant donné le caractère de malignité de cette affection chez les personnes âgées.

Car il est de règle de dire que la pneumonie, spécialement la pneumonie du sommet, est la fin *naturelle* des vieillards. Peter l'affirmait, il a justifié son dire par sa propre mort.

Il ressort de cette observation, et nous pourrions en citer plusieurs autres empruntées aux publications récentes sur ce sujet, que les injections sous-cutanées massives d'eau saline ont contribué à la guérison de la maladie pour une large part.

Au moment où nous décidions d'intervenir, nous considérions notre malade en danger imminent, et nous nous adressions à ce traitement en désespoir de cause, car il semblait que le mal eut voulu nous prendre par surprise.

La température oscillait entre 102-5° à 103-5° et 104°. Le pouls était à 120, 130, 140 avec intermittences fréquentes ; état syncopal de la malade.

Que se passe-t-il au moment où nous pratiquons notre 1ère injection ?—De livide qu'elle était, la physionomie de la malade s'anime peu à peu. L'immobilité du masque disparaît, les paupières s'ouvrent, le regard s'anime, le refroidissement des extrémités diminue. Si bien, que nous assistons à un réveil général de l'organisme battu en brèche par le germe destructeur.

A peine avons-nous terminé que la malade accuse déjà un mieux. Le même état se continue durant une heure à deux. A ce moment, on dirait qu'il y a lutte. Tour à tour on voit se succéder de la cyanose, des frissons, une accélération du pouls et de la respiration, le tout accompagné d'un état d'inquiétude apparente chez la malade. C'est le début de la phase critique, stade de froid, suivi d'un stade de chaleur aussi intense et de plus longue durée.

La température s'élève de ½ à 1 degré, quelquefois davantage. Puis, l'orage se calme à tel point que cinq et six heures, quelquefois moins, après le début de l'injection, la température atteint le chiffre normal soit 98 2/5° — 99° pour y demeurer si la guérison est proche, ou au contraire remonter à un degré plus élevé quelques heures après cette chute, si le mal persiste.

Mêmes caractères du côté du pouls. De 125, il monte à 140, 150, (il a quelquefois atteint le chiffre de 180 à la minute) pour revenir à une allure moins rapide. On dirait que la température lui sert de guide ; et chose importante, il *se régularise.*

Il est important d'être prévenu sur le pis aller qui suit chaque injection, car les plus convaincus, au point de vue théorique, de l'efficacité de ce traitement pourraient en être effrayés.

Donc, il est incontestable que ces injections ont un effet marqué sur la température puisque, dans notre cas, elle s'est maintenue à 99° toute la nuit qui a suivi la première injection, alors qu'il n'était pas permis de penser à une défervescence critique au 3e jour la malade étant dans un état presque agonique.

Non moins incontestables aussi leurs effets sur le pouls qu'elles *régularisent.*

Il nous est donc permis de conclure à l'efficacité générale des injections salines dans la pneumonie chez les vieillards.

Et maintenant, quel est le moment favorable pour agir ?... Tous les auteurs

qui se sont occupés de la question s'accordent sur ce point, à savoir : le plus tôt possible après que la maladie est déclarée. Attendre au dernier moment serait risquer les chances et inspirer des doutes sur une thérapeutique qui, comme beaucoup d'autres, ne vaut qu'en autant qu'elle est appliquée en temps opportun. En effet, ce serait se leurrer d'un vain espoir que de vouloir arrêter un mal arrivé à la dernière période et sur un terrain absolument désorganisé. Cependant, on a cité des cas où on a pu prolonger de la sorte, durant 4 à 5 jours des moribonds dont on attendait la mort d'une minute à l'autre.

Y a-t-il des contre-indications ?—Personne n'en a signalées jusqu'à ce jour, si ce n'est que le rein doit être suffisamment perméable; ce dont on peut se rendre compte aujourd'hui avec le bleu de méthyléne.

Les injections intra-veineuses ont-elles quelque supériorité sur les injections sous-cutanées dans ces cas ?—Nous ne le croyons pas, si nous en jugeons par la comparaison que nous avons faite des observations publiées sur ce sujet.

Les premières ont l'avantage apparent d'agir plus vite en jetant dans les vaisseaux, directement, une grande quantité de liquide. Elles peuvent être utilisées dans les cas de grandes hémorrhagies, post-partum ou autres; anémie pernicieuse, infection puerpérale, pyohémie, cas dans lesquels il est indiqué de relever promptement une tension artérielle qui est nulle ou à peu près et un cœur qui est menacé de syncope, ou bien de diluer abondamment des poisons qui imprègnent l'organisme épuisé par une saignée préventive. Mais elles ne sont pas sans quelque danger pour des mains inexpérimentées, et il n'est pas facile de les généraliser à tous les cas. Un corps étranger, quelques bulles d'air pénétrant par mégarde dans un vaisseau peuvent entraîner des accidents fatals.

De plus, il faut que le liquide soit à une température égale, que la pression soit uniforme, de façon à ce qu'il ne pénètre qu'une certaine quantité de liquide, dans un temps donné, tous détails importants qui demandent une attention particulière et une grande habitude de la chose. Nous avons étudié l'application de cette méthode alors que nous suivions l'enseignement du professeur Pinard, à la clinique Beaudelocque, et nous sommes convaincu qu'il n'est pas facile de généraliser la méthode, surtout dans les campagnes. Il faut la réserver pour les cas particuliers.

Les injections sous-cutanées, au contraire, ne demandent aucun préparatif spécial et agissent presque aussi vite. N'importe quel médecin est à même de faire une solution de 7 grammes de sel de cuisine dans 1000 grammes d'eau qui bout. Pour l'injecter, il suffit d'avoir à la main un sac en caoutchouc, le vulgaire sac dont on se sert pour les injections vaginales ou autres, qu'on tient assez haut pour que le liquide pénètre bien, d'y ajuster un trocard qu'on fait pénétrer sous la peau, dans le tissu cellulaire, après l'avoir savonné est nettoyé à l'éther avec un tampon d'ouate hydrophile.

Dans le cas présent, nous avons fait une solution de chlorure de sodium à 7/1000 stérilisée à l'autoclave, durant un quart d'heure à 115°. Les deux ou trois mille grammes étaient répartis dans des ballons pouvant contenir 300 grammes chacun stérilisés de nouveau après les avoir fermés avec du coton hydrophile puis conservés dans un endroit sec.

Au moment de pratiquer l'injection, nous submergions les ballons dans de l'eau très chaude et, lorsque le liquide avait atteint la température de 35° à 37°, nous l'injections sous la peau au moyen de la seringue de Roux munie d'une aiguille en platine iridiée rougie à la flamme d'une lampe à alcool. Il est important de faire pénétrer l'aiguille d'abord seule, pour s'assurer que nous n'avons pas pénétré dans un vaisseau.

L'injection terminée, nous appliquions, durant quelques instants, à l'endroit de la piqûre un tampon de coton hydrophile imbibé d'une solution boriquée saturée. Nous malaxions la partie durant quelques minutes pour hâter l'absorption du liquide, puis nous exercions une compression légère au moyen d'une bande en coton.

Nous n'avons jamais observé ni rougeur, ni même de douleur à l'endroit des piqûres nombreuses que nous avons faites, en suivant ce procédé.

Nous n'avons pu aborder la question de savoir quel est le mode intime d'action de ces solutions physiologiques dans l'organisme, pour la raison majeure qu'il n'y a rien de précis.

Tous les auteurs qui se sont livrés à des expériences sur ce sujet : Dastre, Hayem, Bosc, Roger, Tufier et plusieurs autres, ont émis tour à tour des hypothèses séduisantes qui n'ont pas encore porté la conviction. Il est donc de notre devoir de se tenir dans une juste réserve jusqu'à nouvel ordre.

Tel est l'exposé de notre observation que nous avons résumée aussi succinctement que possible pour la clarté du sujet.

Nous avons appliqué cette méthode nouvelle de traitement des maladies infectieuses sous la poussée de l'enseignement de nos maîtres d'outre-mer.

Ce que nous avons dit de la pneumonie, un autre pourra peut-être le dire de la fièvre typhoïde, du choléra du pays, de la diarrhée infantile, etc.

Nous espérons, toutefois, que ceux qui furent nos premiers maîtres ici, et dont nous respectons les idées, voudront bien nous encourager dans l'application qu'ils pourront en faire à l'hôpital ou ailleurs, et dans la publication détaillée d'observations minutieuses qui devront servir à guider les autres dans un avenir rapproché.

Toute méthode nouvelle a besoin de documents et de témoignages nombreux pour porter la conviction dans les esprits, et lorsque l'autorité du maître vient s'ajouter aux efforts de l'élève, il est permis d'escompter plus d'un succès dont tout le bénéfice est en faveur du malade, contre la maladie.

Le jus de citron, dans le pansement des plaies de mauvaise nature.—On sait combien les efforts du chirurgien restent souvent impuissants contre certaines plaies torpides et infectées, qui semblent défier toute médication, tout pansement.

Dans ces cas, M. Muller, de Berlin, a obtenu des succès avec le jus de citron. Il touche les plaies deux fois par jour avec du jus de citron pur et fait appliquer dans les intervalles des compresses imbibées d'eau additionnée de 5 % de jus de citron. Ce traitement si simple favoriserait d'une manière remarquable la détersion, le bourgeonnement et la cicatrisation de la plaie.

DÉCROISSANCE RAPIDE D'UNE TUMEUR FIBREUSE DE LA MATRICE À LA SUITE DU TRAITEMENT PAR L'ÉLECTRICITÉ.

Par A. LAPTHORN SMITH. B. A., M. D., M.R.C.S., Angleterre.

Membre de la Société Gynécologique Américaine, Gynécologiste au Montreal Dispensary et aux Hôpitaux Samaritan et Western. Professeur de Clinique Gynécologique à l'Université Bishop, Montréal, Canada.

Quoique j'aie amplement raison de croire en la valeur de la méthode d'Apostoli dans le traitement de l'endométrite et des tumeurs fibreuses de la matrice, en ayant guéri tous les symptômes dans environ soixante cas par ce moyen, cependant, j'ai presque abandonné ce mode de traitement, cessé de rapporter et même de parler des quelques cas pour lesquels j'ai continué d'en faire usage, simplement parce que de nos jours, l'esprit chirurgical domine nos assemblées médicales et un seul cas guéri par une courte et brillante opération est plus apprécié que soixante cas guéris par l'ennuyeux et fatiguant traitement par l'électricité, quoique celui-ci soit le plus sûr. D'autres, sans doute, qui s'en servent, doivent aussi éprouver les mêmes sentiments à cause de cet esprit; de là cette question qui vous est posée par les médecins :

Qu'avez-vous donc fait de la méthode d'Apostoli, nous n'en entendons plus parler ; est-elle enterrée ?

Je crois que beaucoup l'employent encore avec succès ; mais ne tiennent pas à le publier. Aussi, comme encouragement pour ceux-ci, je vais relater le fait suivant.

Madame X, âgée de 32 ans, mariée, venant de Phœnix, Arizona, me fut envoyée par son médecin le Dr Philp, de Los Angeles, Californie.

Depuis plusieurs années, ses règles devenaient de plus en plus abondantes, tellement qu'en dernier lieu, elles durèrent jusqu'à 16 jours. Elle perdait par gros caillots, et depuis deux ans, elle prenait beaucoup d'embonpoint. On la traita pendant longtemps par l'ergot, ce qui eut pour effet de réduire la durée de ses règles à 6 jours et même à 4 jours. Malgré cela, cependant, sa santé en souffrait, elle affaiblissait et devenait de plus en plus anémique. Plusieurs médecins l'examinèrent et tous déclarèrent que c'était un cas de "tumeur fibreuse" de l'utérus. Leurs noms me furent donnés par le mari et, comme ce sont tous des médecins éminents, je ne ferai que confirmer le diagnostic en mentionnant ici ces noms.

Ce sont MM. les docteurs H. N. Hughes, de Phœnix, Arizona; D. M. Pur-

neau, de Phœnix, Arizona; W. S. Philp, de Los Angeles, Californie; et N. Hayes, de Seneca, Kansas.

Quelques-uns lui conseillèrent l'ablation de l'utérus avec la tumeur par l'hystérectomie abdominale. Comme il lui répugnait de consentir à une aussi grave opération, elle remit de jour en jour sa décision et fit un voyage aux côtes du Pacifique, pour sa santé; là elle se mit sous les soins du Dr Philp, de Los Angeles, qui, le premier, lui donna l'espoir de sa guérison tout en conservant ses ovaires et en évitant la terrible opération. Il la persuada donc de venir me voir et, en conséquence, le 26 août 1896, elle se présentait chez moi. A l'examen, je découvre une tumeur solide semblable à une tête de fœtus, dans la paroi antérieure de la matrice, du côté gauche. Cette tumeur avec la matrice formait une masse de beaucoup plus grosse qu'une tête de fœtus; car, sa grosseur ne lui permettait pas de s'engager dans le bassin et elle reposait au niveau du détroit supérieur, comme dans un cas de grossesse rendu à 6 mois, et s'élevait au-dessus de l'ombilic. Au commencement il était impossible d'introduire la sonde dans la matrice; ce ne fut qu'après des tentatives réitérées de jour en jour que je parvins à la passer, l'obstruction se trouvait apparemment à l'orifice interne et peut-être un peu plus haut.

Après avoir ainsi perdu une semaine dans d'inutiles tentatives je fus en quelque sorte pris de découragement; ce découragement augmenta encore, quand, après beaucoup de travail, ayant réussi à introduire la sonde à une profondeur de trois pouces, je découvris que ma patiente ne pouvait pas même endurer un courant de trente milli-ampères. J'envoyai alors un télégramme à son mari pour lui demander la permission d'opérer la malade; j'obtins son consentement et essayai ensuite d'avoir celui de la patiente.

Je lui déclarai que le traitement par l'électricité durerait trois mois et que même après ce temps, je ne pouvais pas lui assurer que la tumeur serait de beaucoup diminuée et que même si je parvenais à la réduire avant son départ, il m'était impossible de lui garantir qu'elle resterait guérie; vu qu'elle était venue de si loin, il vallait mieux prendre un moyen plus expéditif et plus certain quant aux résultats, à savoir : d'enlever les ovaires et faire la ligature des artères tout près de la matrice.

Certes, jai fait tout en mon pouvoir pour la persuader de se laisser opérer. De son côté, elle soutenait qu'elle avait une foi absolue en l'électricité; que, si elle pouvait seulement l'endurer, elle en obtiendrait sa guérison; qu'en s'y accoutumant petit à petit, elle parviendrait certainement à l'endurer; de plus, elle soutenait, dis-je, qu'elle avait fait ce long trajet spécialement dans le but d'être traitée à l'électricité et quant à être opérée autrement, elle aurait pu l'être chez elle; en sus, elle appréhendait tellement les misères qu'entraîne une ménopause artificielle chez une jeune femme qu'elle ne voulût pas subir d'opération avant l'avoir essayé la méthode d'Apostoli pendant deux mois au moins. Si après ces deux mois de traitement elle n'éprouvait pas de soulagement, elle consentirait à l'opération, pourvu que le danger fût à peu près nul. Elle prit le lit, on lui administra des douches chaudes suivies d'applications de tampons. Enfin, saisissant la lèvre antérieure du col au moyen d'une pince tire-balles, je l'abaisse

au niveau de la vulve et parviens à faire pénétrer la sonde à une profondeur de 5 pouces en la dirigeant en haut, en avant et un peu à gauche.

Après chaque application du courant il y avait un peu d'enflammation. Après la première, il y eut surtout écoulement d'un liquide jaunâtre. lequel disparait presque aussitôt.

Du 29 août au 27 septembre, elle reçut dix applications intra-utérines du courant galvanique "positif" en commençant par 50 milli-ampères et en augmentant graduellement à chaque séance, jusqu'à la dose de 150 milliampères.

Pour les cinq premières applications, il a fallu abaisser le col au niveau de la vulve au moyen de la pince tire-balles, afin de pouvoir introduire la sonde de *platine*. Mais après cela ce ne fut plus nécessaire ; car la sonde pénétrait très facilement, vu la diminution de la tumeur. La tumeur qui avant cela atteignait l'ombilic, n'allait plus maintenant qu'à mi-chemin entre ce point et l'os pubien ; ce que l'on pouvait facilement constater par le palper à travers les parois de l'abdomen. Nous constations en même temps un mieux très sensible dans l'état de la santé de la malade ; elle ne s'était jamais sentie aussi bien depuis des années, son appétit se réveilla, ses intestins devinrent réguliers; elle pouvait marcher un mille sans éprouver de fatigue, tandis qu'avant le traitement, elle pouvait à peine marcher un arpent sans s'arrêter pour se reposer. De plus, cette douleur intense qu'elle éprouvait au côté gauche s'était évanouie graduellement. Aux cinq premières séances, le passage de la sonde causa une légère hémorrhagie, par contre aux cinq séances suivantes il n'y eut plus une goutte de sang.

L'antisepsie la plus absolue fut observée pendant tout le traitement, les mains et les instruments furent stérilisés, chaque séance était précédée d'une douche d'eau chaude et d'un tampon au bichlorure.

Du 27 septembre au 29 octobre, l'on administra à la patiente seize applications du courant galvanique à la dose de 150 milliampères par chaque séance et ces séances duraient de cinq à dix minutes. Vers cette époque la matrice disparaissait au niveau du pubis et la malade pouvait faire des marches de deux à trois milles sans fatigue, son teint s'anima, ses joues et ses lèvres se colorèrent. Le traitement fut continué même pendant ses règles, contrairement à mon habitude. La patiente, voyez-vous, se mourait du désir de rentrer dans son pays. Les séances même furent répétées tous les deux jours au lieu de deux fois la semaine.

Les premières menstrues qui eurent lieu après le commencement du traitement durèrent quatre jours et les secondes à peine trois jours.

Quoique ce fut son intention de séjourner chez moi l'espace de trois mois, cependant, après deux mois de ce traitement elle se sentit si bien qu'elle écrivit à son mari que sa guérison était complète et quelque temps après elle réussissait à obtenir de moi que je la laisse partir.

J'ai reçu depuis, des nouvelles très satisfaisantes, non-seulement de sa part et de celle de son mari, mais aussi de l'un des médecins qui a eu occasion de l'examiner dernièrement.

Si elle était demeurée un mois de plus pour recevoir dix ou quinze autres applications du courant galvanique, je crois sincèrement que j'aurais eu à

rapporter un cas de guérison complète d'une tumeur fibreuse au moyen de l'électricité.

Quoiqu'il ensoit, je puis dire, pour être conforme à la vérité, que cette tumeur, qui était au niveau de l'ombilic, diminua graduellement, jusqu'à ce qu'elle disparut au niveau du pubis; et que les voûtes vaginales qui auparavant étaient comblées par la matrice renversée d'un côté et de l'autre par la tumeur, étaient maintenant vides. Je suis aussi convaincu que l'épaississement de la paroi de l'utérus, qui était de plusieurs travers de doigts, va continuer de fondre, sous l'influence merveilleuse de l'involution, cette involution que le courant galvanique a si bien mise en marche; la preuve, c'est que la sonde, qui au commencement pénétrait à une profondeur de cinq pouces, pouvait à peine pénétrer à celle de trois pouces, en dernier lieu.

Ce cas est ici fidèlement rapporté; il est en tous points conforme à la vérité; cependant, il peut se faire qu'il y ait des personnes qui doutent de la véracité de ce rapport, s'il s'en trouve parmi vous et qu'elles veulent s'assurer de l'exactitude de ce rapport, je suis certain, que les médecins plus haut mentionnés se feraient un plaisir, par amour de la science et de la vérité, de leur donner tous les renseignements voulus.

La patiente est tellement enchantée qu'elle s'est engagée de répondre à tout inquisiteur.

Mais, malheureusement, son enthousiasme l'empêche, jusqu'à un certain point, d'être considérée comme témoin impartial. Quant à mon propre témoignage, l'on doit se rappeler que je préfère en aucun temps enlever une tumeur fibreuse au moyen du scalpel, que de la traiter à l'électricité, et je comprends que la guérison d'un cas par ce dernier moyen est positivement dommageable à ma réputation comme chirurgien.

Ceci étant connu, il s'en suit que c'est plutôt un devoir qu'un plaisir de citer cette expérience; aussi le fais-je par amour de la vérité.

250, rue Bishop, Montréal.

Fumigation au soufre.

Fermer toutes les issues du local à désinfecter, puis, le fumiger à l'acide sulfureux en y laissant brûler, pendant au moins six heures consécutives, 3 livres de soufre par chaque 1000 pieds cubes d'espace (1).

(1) Pour bien faire cette importante opération, il faut que toutes les ouvertures, fentes, trous, etc., soient hermétiquement bouchés, et les fenêtres disposées de manière à pouvoir être ouvertes du dehors, soit par une corde ou par toute autre procédé mécanique, lorsque la désinfection est terminée. Il est nécessaire de prendre ces précautions, car le gaz acide sulfureux, respiré en quantité notable, peut causer la mort.

Pour assurer la parfaite combustion du soufre, et se prémunir contre tout danger d'incendie, il faut mettre le soufre, en poudre ou en morceaux, dans un vase de fer placé sur quelques briques ou pierres plates disposées dans un cuvier dont le fond est recouvert de quelques pouces d'eau. Pour faire prendre le soufre, on devra en mouiller la surface avec un peu d'alcool, ou placer dans le vase même, parmi le soufre, quelques chiffons de papier qui en dépassent le bord, et y mettre le feu.

(La fumigation terminée, il faut ouvrir largement portes et fenêtres, et aérer toute la maison le plus possible. Ensuite, on éponge avec une solution de deux onces d'acide carbolique pour un gallon d'eau, toutes les surfaces qui ont été exposées à l'infection, et, enfin, on fait le grand ménage ordinaire, à la brosse et au savon).

ONZE CAS D'INSOLATION

Par E. P. BENOIT, M, D.,

Chef de clinique à l'Hôpital Notre-Dame.

Les huit jours de chaleur écrasante que nous avons eus au commencement du mois de juillet nous ont fourni l'occasion, peu souvent renouvelée, d'étudier une série de cas d'insolation. Nous en publions, plus loin, les observations résumées, observations que nous faisons suivre de quelques notes cliniques. On y verra que les symptômes sont parfois très accusés, et laissent entrevoir avec une certitude relative le mode de terminaison. Il semblerait que l'insolation, suivant la constitution ou la force de résistance du sujet, produise tantôt un état congestif général et assez intense, mais facile à combattre, et tantôt une poussée suraiguë de congestion vers le tube digestif et les centres nerveux, surtout les centres cardiaques et respiratoires, poussée aiguë exerçant une action à la fois irritative et paralysante qui se révèle, à l'extérieur, par les vomissements et la diarrhée, les contractions épileptiformes et la paralysie du cœur et des poumons. Sur les onze cas d'insolation amenés à l'hôpital Notre-Dame et traités dans le service médical, six présentaient cette forme aiguë de la maladie, et un seul (Obs IV) a guéri, grâce, sans doute, à la bénignité relative des symptômes. Quant au traitement, il doit rencontrer, dans tous les cas, une première et pressante indication : soutenir le cœur ; mais il varie dans la forme suraiguë pour ce qui concerne l'abaissement de la température et l'amélioration des symptômes adynamiques. Une abondante transpiration par la chaleur, la déplétion du système vasculaire par une saignée locale ou générale nous semblent être deux moyens rationnels, sinon toujours efficaces. Bien entendu, nous supposons, comme lésion pathologique, une congestion intense soit des méninges, soit du cerveau ou de la moelle, la science médicale ne nous enseignant rien de plus. Nous n'avons pu pratiquer d'autopsie, l'hôpital Notre-Dame n'ayant pas de chambre de réfrigération, et la loi nous obligeant à attendre vingt-quatre heures après la mort pour ouvrir un cadavre.

Obs. I.—Inconnu, 35 à 40 ans, frappé d'insolation près de la voie du chemin de fer, et amené, sans connaissance, à l'hôpital Notre-Dame, par l'ambulance. Température à 110° F., pouls très faible, intermittent et irrégulier. Paleur générale, froideur des extrémités, dyspnée très grande, cyanose, peau sèche et froide, diarrhée profuse et vomissements. Injections hypodermiques fréquentes d'éther et de strychnine. Frictions générales avec des éponges trempées dans de l'eau glacée. Sac de glace sur la tête. Aucune amélioration des symptômes. Le malade meurt trois heures après son entrée Température 109° F.

Obs. II.—X..., 40 ans, frappé d'insolation sur la voie du chemin de fer et

amené à l'hôpital par l'ambulance, offrait les mêmes symptômes que le cas précédent. Meurt en entrant à l'hôpital. Température 110° F.

Obs. III.—M. T..., 61 ans, frappé d'insolation pendant qu'il travaillait au pavage des rues. Amené par l'ambulance. Température 108° F., pouls 120 dur. Peau sèche, douleur à la tête, figure congestionnée, délire. Frictions générales avec de la glace et des éponges trempées dans de l'eau glacée. Sac de glace sur la tête. Injections hypodermiques d'éther. Le délire cesse après vingt minutes. La température s'abaisse rapidement, elle est normale au bout d'une heure. Le mal de tête dure deux jours. Diète liquide. Diarrhée assez abondante le lendemain. Guérison complète le troisième jour.

Obs. IV.-M. M..., 23 ans, pendant qu'il travaillait sur la rue, dans la journée, s'est senti faible, étourdi. Rendu chez lui, il a mal à la tête et souffre de diarrhée. Malgré sa faiblesse, il se rend à l'écurie pour panser ses chevaux et perd connaissance. On appelle l'ambulance. A son arrivée à l'hôpital, la température est à 102°, le pouls très faible bat 130. La figure est pâle, la peau froide et sèche ; la diarrhée et le vomissement durent une partie de la nuit. Le malade est placé dans un lit et entouré d'eau chaude ; sac de glace sur la tête, injections hypodermiques fréquentes d'éther, de caféïne et de brandy. Le matin, le malade est beaucoup mieux ; il n'y a plus de diarrhée ni de vomissements, la peau est moite, le pouls satisfaisant, la température abaissée. Le mal de tête est resté, et nous constatons, à la visite, une congestion persistante au cerveau. L'application de six sangsues derrière les oreilles amène un mieux immédiat. Le malade quitte l'hôpital deux jours après.

Obs. V.—L. L..., 19 ans, très robuste, est frappé d'insolation sur les quais. Transporté à l'hôpital par l'ambulance. Température 107°, pouls vite et dur, peau sèche, figure congestionnée, délire, aucune douleur à la tête. Bonnet de glace, frictions générales avec de la glace pendant une heure : température 99°, ne remonte plus. Pas de diarrhée ni de vomissement. Le délire a persisté quelque peu, mais le malade est guéri le lendemain.

Obs. VI.—M. F..., 40 ans environ, cuisinière dans un hôtel, est frappée d'insolation dans sa cuisine. Transportée à l'hôpital. Etat comateux, peau très pâle, sèche et glacée ; pouls filiforme, très irrégulier et intermittent, contracture prononcée des membres, dyspnée intense et cyanose. La température est à 110°, le pouls incomptable. Diarrhée et vomissements. Tous les traitements n'ont aucun effet. Morte 8 heures après son entrée.

Obs. VII.—C. C..., 50 ans, journalier sur les quais, est frappé d'insolation chez lui, après son dîner. Transporté par l'ambulance. Mal de tête, engourdissement, peau sèche, figure congestionnée. Température 101,5°, pouls satisfaisant. Bonnet de glace, frictions générales à l'eau glacée. La température est normale après trente minutes. Le mal de tête persiste jusqu'au lendemain.

Obs. VIII.—Julie, servante à l'hôpital, 45 ans environ, très fatiguée, sort

en ville dans l'après-midi. Elle est frappée d'insolation sur la rue et amenée à l'hôpital par l'ambulance. Etat comateux, peau sèche, froide et pâle, dyspnée intense, cyanose, vomissements et diarrhée, contractures des membres. Température au-delà de 110°, pouls très vite, intermittent et irrégulier. Morte au bout de six heures.

Obs. IX.—G. P..., 38 ans, journalier, s'est fait soigner par un médecin avant d'entrer à l'hôpital. Cas très léger. Passe la nuit avec un bonnet de glace sur la tête. Mal de tête disparu le lendemain.

Obs. X.—J. M..., femme de 40 ans environ. Offre les mêmes symptômes que Julie (Obs. VIII). Morte elle aussi au bout de six heures.

Obs. XI.—T. F..., 75 ans, mesureur de bois, est frappé d'insolation sur les quais, vers 3 heures p. m. Transporté à l'hôpital par l'ambulance. Délire, mal à la tête, figure congestionnée, peau sèche, contracture des membres. Pouls 100°, bon ; température 108°. Sac de glace sur la tête. Le malade est épongé à l'eau glacée pendant une heure ; il reprend connaissance au bout d'un quart d'heure, et, au bout d'une heure, la température est à 98°. En même temps le malade est saisi d'un frisson violent ; bouteilles d'eau chaude, brandy. La réaction ne se fait qu'au bout d'une demi-heure. Le bonnet de glace est laissé sur la tête pendant deux jours. Purgation légère. Guérison complète.

Tous les malades des observations précédentes ont offert deux symptômes caractéristiques : élévation très grande de la température et arrêt de la sécrétion cutanée. Mais là, et là seulement, existe la similitude. Car, tandis que les uns ont guéri rapidement, avec des symptômes de congestion active (rougeur, mal de tête, délire, contractures même), les autres sont morts rapidement avec tous les signes de la forme apoplectique intense (paleur, coma, diarrhée, vomissements, contractions tétaniques des membres). L'insolation peut donc revêtir des formes très diverses, suivant le degré d'action sur les centres nerveux, et peut-être aussi suivant la manière dont agit la cause.

Boinet, de Marseille, nous donne, à ce propos, dans le *Traité de thérapeutique appliquée*, des renseignements fort intéressants. L'insolation est le résultat de l'action localisée ou prépondérante des rayons du soleil sur les centres nerveux, action qui se manifeste soit par une simple hyperhémie, soit par une forte congestion des méninges accompagnée ou non de foyers hémorrhagiques. C'est ce qui a eu lieu chez les malades des observations III, V, VII, IX, XI, qui présentent des symptômes prononcés cédant vite sous l'influence du traitement. Mais l'élévation de la température ambiante peut aussi agir, sans l'intervention directe des rayons solaires, sur les centres nerveux, et d'une manière grave. L'insolation prend alors la forme apoplectique, et s'appelle coup de chaleur. Le malade tombe brusquement, perd connaissance ; il est livide, les pupilles sont contractées, la peau est sèche, brûlante, sans trace de sueurs, le pouls est accéléré, la respiration est profonde, rapide, haletante ; la température est très

élevée et la mort survient, presque toujours, avec coma prolongé, collapsus cardiaque et asphyxie progressive (Boinet). L'observation VI en est un exemple frappant. On trouve à l'autopsie de ces cas, nous disent les auteurs, de la contraction du ventricule gauche, de la congestion des poumons et des centres nerveux. Le malade meurt par collapsus cardiaque et asphyxie congestive, dûs probablement à une action paralysante ou inhibitoire exercée sur les centres nerveux. L'effet du coup de chaleur est donc beaucoup plus désastreux que celui de l'insolation.

Mais il existe une forme intermédiaire que nous montrent les observations I, II, IV, VIII et X, forme que Saguet a proposé de nommer thermo-héliosie, et qui est dûe à l'action combinée de l'insolation et du coup de chaleur. C'est ainsi que M. M..., (Obs IV), déjà frappé sur la rue, perd connaissance le soir dans son écurie, où il faisait une chaleur humide et lourde. Cette forme peut aussi prendre une grande gravité, ainsi que le prouvent les observations I, II, VIII et X, et offrir surtout les symptômes du coup de chaleur, malgré l'intervention directe du soleil. L'histoire de Julie nous fait aussi voir que la fatigue et le surmenage sont une cause prédisposante. Tous les malades que nous avons eus à l'hôpital étaient d'ailleurs des gens de peine, qui, pour la plupart, ont persisté dans leur travail malgré le mal de tête et le vertige précurseurs.

Si nous en jugeons par les quelques cas traités à l'hôpital Notre-Dame, le pronostic des accidents généraux produits par le soleil et la chaleur est habituellement fort grave. C'est l'avis de Boinet, qui considère comme signes pronostiques favorables l'abondance des sueurs spontanées ou des urines, l'abaissement rapide de la température, surtout s'il n'existe ni coma, ni convulsions. Par contre, la persistance de l'insensibilité, du coma, de l'hyperthermie ; la dyspnée, la faiblesse cardiaque, la mollesse et la rapidité du pouls, l'absence ou l'insuffisance des sécrétions rénale ou cutanée sont les indices d'un pronostic fâcheux. Nous y ajouterons la diarrhée profuse et les vomissements.

Le traitement que nous avons suivi est celui conseillé dans les hôpitaux de New-York, sauf que, n'ayant pas d'installation pour tenir les malades dans un bain d'eau glacée, nous avons eu recours aux frictions générales, et parfois continues, avec des blocs de glace et des éponges, ayant soin de soutenir le cœur par des injections stimulantes et de maintenir, jusqu'à guérison complète du malade, du froid sur la tête. Ce traitement énergique, dans les cas favorables, abaisse rapidement la température et rétablit la sécrétion cutanée, qui est la soupape de sûreté. Le lendemain, les malades étaient généralement purgés au calomel et soumis à une diète légère. Le coup de chaleur, la forme adynamique, où la fièvre est aussi très élevée, semble bénéficier davantage d'une transpiration abondante provoquée par la chaleur. Les cas I et VIII n'ont pas été traités ainsi, et ç'a été une erreur de notre part ; nous aurions dû au moins essayer.

Nous avons été tenté, dans le cas de la cuisinière frappée d'un coup de chaleur (Obs. VI), de pratiquer une saignée générale ; l'état très mauvais du pouls nous a seul retenu. Notre maître, M. le professeur Rottot, avec qui nous en causions, ne voit pas pourquoi, si la lésion cérébrale et médullaire est une

simple congestion, la saignée n'agirait pas d'une manière efficace, malgré la contre indication offerte par l'état du pouls. Mais il faudrait s'assurer d'abord si le collapsus cardiaque, qui peut très bien faire suite à la congestion pulmonaire, n'est pas provoqué plutôt par une action spéciale de la chaleur sur les centres nerveux, que l'on appelle cette action paralysante, inhibitoire ou comme on voudra. Nous laissons à de plus habiles la solution du problème. Nous ferons remarquer, cependant, que M. M... (Obs. IV). chez qui la congestion cérébrale persistait, s'est très bien trouvé de l'application de sangsues sur les apophyses mastoïdes.

A noter aussi que tous les malades qui sont morts avaient une température (vaginale ou rectale, ce qui est important) au-dessus de 108° F.

Montréal, juillet 1897.

LA "REVUE MÉDICALE" DE QUÉBEC

Nous avons reçu le premier numéro de la *Revue Médicale* de Québec. Il est fort bien imprimé, a une apparence toute française, et contient huit pages de matière intéressante à lire : un article très documenté du professeur Brochu sur le traitement de l'obstruction intestinale par l'électricité, deux articles de reproduction et un formulaire.

La collaboration, très nombreuse, comprend MM. les professeurs Ahern, Brochu, Simard, Vallée, Grondin et Rousseau, de l'Université Laval, M. le Dr Schmitt, de l'île d'Anticosti, MM. les Drs Paquin et Faucher, de la Société Médicale de Québec, et deux médecins de Montréal, MM. les professeurs Demers et Brennan. M. le Dr Boulanger est secrétaire de la rédaction, et le siège social de la Revue est 51, rue St-Pierre, Québec.

Nos amis du district de Québec sont évidemment en train de s'organiser, ce dont nous les félicitons sincèrement. Ils ont pourvu là à un besoin qui devait se faire sentir depuis longtemps. Dans une région aussi vaste et aussi peuplée, c'est une chose bonne de réunir les médecins de la capitale et des environs par une Société, et les médecins de tout le district par un journal. Il est facile de constater, par cette action de nos amis de Québec, combien grand est parmi eux le désir de vivre par eux-mêmes, de leur vie propre, sans dépendre de qui que ce soit. Nous voyons là un grand pas de fait vers cette autonomie des districts pour laquelle nous combattons depuis quelque temps ; après leur Société et leur Revue, les médecins de Québec voudront tout naturellement élire eux-mêmes et seuls leurs délégués, ce qui est l'un des plus chers privilèges accordés aux populations libres. Ils peuvent compter sur l'*Union Médicale* pour leur donner un coup de main en cette affaire.

Nous souhaitons à la *Revue Médicale* un plein succès dans la voie nouvelle où elle se lance si hardiment. Nous savons par expérience que les difficultés seront nombreuses ; mais il se fait en ce moment un tel mouvement d'activité et d'organisation dans la profession médicale de la province, que cela fait prévoir la réussite de toute entreprise portant avec elle un cachet d'indépendance et de virilité.

REPRODUCTION

LES MÉDECINS ET LA LOI [1]

Par PEERS DAVIDSON, M. A,

Du Barreau de Montréal.

(*Traduction.*)

Il n'entre pas dans le but de ce travail de discuter les origines respectives de la médecine et de la loi, ni de comparer entre elles les deux professions, comme l'indique le titre ci-dessus. La loi, qui prend son origine dans les relations existant entre les membres de la famille primitive ou de la communauté de village, protège l'individu et le guide en définissant ses droits et ses devoirs. Par conséquent, elle protège jusqu'à un certain point la personne. D'un autre côté, la médecine, et j'emploie le terme dans son sens le plus large, se rattache plus intimement à la personne parce que, en sauvant et protégeant la vie humaine, elle permet à l'individu de continuer à jouir des droits que la loi lui conserve. Toutes les deux cherchent à préserver la société, mais d'une manière bien différente. Il ne s'en suit pas qu'elles soient toutes deux sur un pied d'égalité. Les sociétés ont pu vivre sans médecine. Sous une forme ou sous une autre, la loi est indispensable à leur existence. Voilà pourquoi la loi est supérieure à la médecine, quoique celle-ci, par sa nature, puisse être plus noble. Il s'en suit que la profession médicale, bien que gouvernée par ses propres règlements et son code d'éthique, n'affecte pas et ne peut pas affecter la société dans son ensemble. Mais, malgré ces règlements, les médecins sont gouvernés par la loi d'une manière aussi absolue que les autres membres de la société. Cependant, leurs relations intimes avec la "personne" de l'individu soulèvent des questions légales difficiles et d'un intérêt particulier.

La profession médicale s'est rendue tellement indispensable à la société et à sa mise à l'abri des maladies, son savoir est devenu d'une telle valeur dans la découverte du crime, que l'on peut souvent considérer ses membres comme des officiers publics. Le conflit entre le devoir public et le devoir privé leur devient souvent une cause d'embarras. Je n'ai pas l'intention, dans ce travail, de discuter ce qu'on peut appeler la médecine légale, ou la jurisprudence médicale. Ce sujet regarde le médecin plutôt que l'avocat C'est la médecine appliquée à la loi. Je me propose de considérer la loi appliquée aux médecins, de discuter la position du médecin vis-à-vis la loi. ses droits personnels et ses responsabilités durant l'accomplissement de quelques-uns de ses nombreux devoirs professionnels. Il occupe une place distincte dans la société. Celle-ci lui impose, en vertu de la loi statutaire ou commune, certaines obligations autres que celles imposées à ses membres ordinaires.

Le sujet est vaste et difficile à condenser dans la limite ordinaire des travaux présentés à cette société; je passerai brièvement en revue les principaux sujets suivants : le médecin comme témoin, son devoir vis-à-vis les Actes des Statuts, sa responsabilité civile et sa responsabilité criminelle. J'ai, pour plus de facilité, fait de ces sujets quatre chapitres différents.

---

(1) Lu devant la Société Médico-chirurgicale de Montréal et publié dans le *Montreal Medical Journal.*

CHAPITRE I.

LE MÉDECIN COMME TÉMOIN.

(A) *Le subpœna.*

Toute personne est obligée de comparaître devant les cours civiles chaque fois qu'une assignation (subpœna) lui est remise au moins un jour entier avant celui fixé pour son audition, ce délai devant être prolongé d'un jour pour chaque quinze milles lorsque la distance dépasse quinze milles. (C. P. 244). Si le médecin n'obéit pas au subpœna, il devient passible d'une amende n'excédant pas $40.00. En outre, la partie qui l'a fait assigner peut obtenir des dommages pour défaut et l'emprisonnement pour mépris de cour, s'il y a lieu. (C. P. 249). Cependant, si le médecin doit débourser quelque chose pour se rendre à l'endroit où l'audition doit avoir lieu, il n'est aucunement obligé d'obéir au subpœna à moins qu'un montant raisonnable lui soit offert au moment de la remise.

(B) *Le médecin comme témoin sur les matières d'opinion.*

Il ne peut être assigné que " pour déclarer ce qu'il sait ou produire quelque document en sa possession, ou faire les deux." (C. P. 245). Il apparaîtrait en conséquence, d'après la loi, qu'il ne peut être forcé de donner son témoignage sur une matière d'opinion. Le public n'a aucun droit de demander les services d'un homme comme expert à moins que celui-ci n'y consente. On a cependant le droit de demander son témoignage sur des faits qui sont venus à sa connaissance, peu importe par quels moyens. Ce n'est pas à lui de juger s'il peut ou non donner un témoignage sur des faits de la cause. Il arrive fréquemment qu'au milieu des complications de faits et de noms qui remplissent la vie journalière d'un homme occupé il oublie complètement les faits jusqu'à ce qu'on les lui rappelle dans la boîte aux témoins. S'il désire, par conséquent, éviter la passibilité d'une amende, il doit obéir à son subpœna, et, après s'être assuré en pleine cour que l'on désire seulement son opinion, il peut refuser de la donner à moins que l'on accepte ses conditions.

Une fois placé dans la boîte comme témoin expert, son obligation envers le public cesse, et il tombe dans la position de tout homme de profession consulté sur un sujet sur lequel on veut obtenir son opinion. Il est évident que l'habileté et l'expérience professionnelles d'un homme demeurent jusque là sa propriété personnelle, et qu'on ne peut le forcer à les distribuer gratuitement pour personne. Ni le public, ni un individu quelconque a le droit de lui arracher des services professionnels sans une compensation suffisante. Il peut dans la boîte aux témoins, tout comme à son bureau, donner ou refuser à volonté son opinion, parce qu'on ne peut pas forcer un témoin expert à donner son opinion, ni l'accuser de mépris de cour s'il refuse de le faire. Quiconque lui demande une opinion dès l'abord doit le rémunérer, puisqu'il l'a jusque-là employé personnellement, et l'expert dès le commencement peut décliner de donner son opinion jusqu'à ce que la personne qui l'emploie ou le paie, ou s'engage à le payer. Mais lorsqu'il a donné son opinion, il l'a placée parmi les *res gestes* de l'évidence, et ne peut pas refuser de la répéter ou de l'expliquer en contre-examen. Une fois confiée à l'oreille publique de la cour, elle passe parmi les faits de la preuve, et l'avocat peut s'en servir comme il l'entend, sans donner plus de compensation au médecin. Si celui ci refuse de donner gratuitement son opinion, il doit soulever son objection dès le début de l'interrogatoire, car ce serait peine perdue s'il attend au contre-examen pour le faire. Il est appelé pour être consulté en pleine cour par quelqu'un, et de cette personne seulement il a le droit d'exiger une compensatiou en retour de ses services (Ordronaux Med. Jurisp., p. 114, 115).

On ne permet pas au médecin témoin de donner lecture de ses auteurs dans la boîte. Mais il peut recourir à eux pour rafraîchir sa mémoire. (Roseve's Cr. Ev. p. 137. Taylor Evid. vol. 2, p. 946. Ordronaux Med. Jurisp., p. 122). Dans le contre-interrogatoire, cependant, l'avocat peut lire des citations d'auteurs connus et demander au témoin s'il les approuve ou diffère d'opinion avec eux.

Il n'entre pas dans le sujet de ce travail de discuter la conduite du médecin dans la boîte aux témoins. Ce sujet doit être plutôt discuté par un médecin qu'un avocat. Mais il est peut être de mon devoir de signaler en passant la perte de prestige qui atteint tous les jours le témoignage de l'expert. Je ne dis pas que ceci n'existe que dans la profession médicale. La cause en est dans la facilité apparente avec laquelle on peut obtenir des témoignages d'expertise contradictoires, surtout les témoignages médicaux. Les médecins répondront qu'ils sont mal dirigés par les avocats. L'argument a sans aucun doute quelque valeur. L'avocat prendra naturellement avantage de tout ce qui, pour le moment, peut tourner à son avantage. La tendance à différer d'opinion est aussi prononcée parmi les médecins que parmi les gens du barreau. Je ne crois pas que l'on doive entièrement blâmer les inexactitudes de la science. La distinction populaire demeure malgré tout entre " le menteur, le s.... menteur et l'expert," et plus vite on en fera disparaître la cause, mieux ce sera. Il me semble que la meilleure solution de la difficulté serait une loi exigeant qu'un comité d'experts soit nommé par la cour dans chaque instance, comité qui serait à l'abri et au-dessus de toute influence exercée par un côté ou l'autre. (Ordronaux, Med. Jurisp., p. 114, 115).

(C) *Le médecin comme témoin sur les matières de faits.*

S'il est témoin de faits, il ne peut se réclamer d'aucun privilège, mais est obligé de répondre à toutes les questions qu'on lui pose, peu importe qu'il ait obtenu le renseignement professionnellement, sous le sceau du secret, ou autrement. (C. P., 275, Browne vs Carter, C. S., Berthelot, J., 1865, 9 L. C. J. 163). On ne lui accorde pas, sous ce rapport, la même faveur qu'au clergé, qu'aux notaires et qu'aux avocats. S'il doute de l'opportunité ou de la convenance de la question, ou s'il hésite sur la manière dont il doit y répondre, il peut en appeler au Juge président, dont il doit accepter la décision sans conteste. (Taylor, Med. Jurisp., p. 29). S'il agit de bonne foi et sans malice, il n'a pas à craindre les conséquences de son témoignage, si préjudiciable qu'il puisse être à la réputation de la partie intéressée. La justice demande qu'il dise tout ce qu'il sait sur tous les points en cause, absolument sans aucune réserve. La justice le protège des conséquences qui en découlent et déclare son témoignage une communication prévilégiée. (C. R. Labbé vs Pidgeon, 1 R. de J. 135 ; R. J. Q. 7 S. C. 22). Il n'appartient pas au médecin de s'occuper de la régularité des procédures, comme par exemple l'enquête du coroner. (Id).

(D) *Honoraires pour témoignage dans les causes civiles.*

J'ai le regret de dire que parfois les médecins sont obligés de rester en cour pendant plusieurs heures consécutives avant que l'on entende leur témoignage, et le léger émolument qu'on leur accorde en retour est bien loin de compenser la perte de leur temps. Il est rare, cependant, que les médecins ne puissent pas avoir une entente avec l'avocat qui les a assignés, afin de donner leur témoignage à une heure fixe. La cote professionnelle est de quatre dollars par jour. Sur ce point, les avocats, médecins et ingénieurs sont au même niveau. Je n'ignore pas que les médecins se plaignent de ne pas pouvoir s'assurer du montant qui leur revient, ou, s'ils s'en sont assurés, de ne pas pouvoir se faire payer. Je puis dire que c'est la coutume, lorsqu'un témoin s'est rendu en cour le matin, même

pour quelques minutes, puis s'en est allé après s'être assuré qu'on n'avait pas besoin de lui, de lui allouer une demie journée. S'il revient dans l'après-midi avec le même résultat, c'est la coutume de lui allouer la journée entière. Son subpœna lui ordonne d'être présent tous les jours jusqu'à ce qu'il soit entendu.

Lorsqu'il quitte en dernier lieu la boîte aux témoins, la meilleure chose à faire pour le médecin est de demander immédiatement au greffier de fixer son allocation. Celui-ci lui demande combien de jours et de demi-jours il a été présent, et il lui est permis de les compter d'après le principe émis plus haut. Le greffier peut assermenter le témoin à ce sujet si l'une ou l'autre partie le demande. Le jugement, lorsqu'il sera rendu, condamnera l'une ou l'autre partie à payer les frais. L'arrêté de compte d'un témoin est un jugement contre la partie qui l'assigne et peut être exécuté comme tel sans l'intervention des avocats. (C. P. 281). La demande doit être adressée à l'avocat qui a assigné le témoin. Lorsque cette demande reste infructueuse, le témoin peut s'adresser immédiatement au greffier afin qu'il y donne suite.

(E) *Honoraires dans les causes criminelles.*

Voici quel est, par suite d'un ordre en conseil spécial, le tarif des témoins experts dans les causes criminelles.

Résidents des villes de Montréal et de Québec, pour chaque jour entier de présence à la cour	$10.00
Résidents des villes de Montréal et Québec, pour toute partie d'un jour	5.00
Résidents de toute autre ville, pour chaque jour entier de présence à la cour	8.00
Résidents de toute autre ville, pour toute partie d'un jour	4.00
Résidents de toute autre partie de la Province, pour chaque jour entier de présence à la cour	5.00
Résidents de toute autre partie de la Province, pour toute partie d'un jour	2.50

Pour le millage, quand la distance à parcourir dépasse deux milles, dix centins par mille dans les deux sens.

Pour chaque jour, ne dépassant pas trois jours, employé en entier ou en partie à étudier tout sujet, question ou matière ordonné par le juge, le procureur général ou son représentant et sur lequel il faudra ensuite donner une opinion professionnelle en cour 5.00

Ce tarif s'applique à toutes les causes criminelles.

Lorsque le médecin est appelé par la défense, il doit courir ses chances de se faire rémunérer par le défendeur, et elles sont généralement très minces. Cependant, règle générale, il est appelé par la défense sur une question d'opinion, et il peut se protéger lui-même en refusant de répondre jusqu'à ce que ses honoraires lui aient été payés.

(F) *Preuve de compte pour services rendus.*

Le médecin est quelquefois obligé de poursuivre en recouvrement d'honoraires. Il doit prendre cette action moins de cinq ans après le paiement du dernier acompte. Une exception particulière est faite en faveur du médecin ou chirurgien pour lui permettre, sous son propre serment, de faire la preuve en ce qui concerne "la nature et la durée de ses services." Sous l'effet de cette loi, et jusqu'à cette année, la jurisprudence s'est montrée quelque peu contradictoire sur la question de savoir si le médecin peut aussi prouver le fait que les services ont été rendus. L'usage suivi ces dernières années lui permettait de le faire. Cependant, un statut passé à la dernière session de la législature (60 Vict. chap. 54), permettant à chaque partie de faire la preuve de son côte dans chaque cas, résout la question et fait en même temps tomber en désuétude l'exception particulière accordée à la profession médicale.

CHAPITRE II.

DEVOIR DES MÉDECINS EN CE QUI CONCERNE LES ACTES DES STATUTS.

On peut soulever des doutes concernant le devoir des médecins vis-à-vis les actes de naissance et les actes d'inhumation.

(A) *Actes de naissance.*

La loi en France charge certaines personnes, telles que le père, la mère, le médecin, l'accoucheuse, ou toute autre personne présente à l'accouchement, de déclarer la naissance aux autorités.

Il n'y a dans la province de Québec aucune obligation de ce genre pour aucune personne sauf le père et la mère.

(B) *Actes d'inhumation.*

C'est tout autre chose pour ce qui concerne les actes d'inhumation. La loi provinciale concernant la compilation des statistiques vitales (56 Vict., chap. 29, sec. 3059c) ordonne que tout médecin, appelé à rendre des services professionnels pendant la dernière maladie de toute personne décédée doit certifier, sous sa signature, de la mort et de la cause de la mort de cette personne, donnant le nom, le surnom, l'âge, le sexe, la profession ou l'emploi, la date de la mort, la durée de la maladie et la cause de la mort. Ce certificat sera requis par les préposés aux registres d'inhumation, par exemple, les autorités des cimetières, avant de procéder à l'inhumation ou d'en accorder le permis.

Les médecins devront prendre soin, d'après cet article, de ne donner de semblables certificats que lorsqu'ils ont été appelés à donner leurs soins professionnels pendant la *dernière maladie* de la personne décédée. Autrement, ils pourraient ne certifier des faits que sur un on-dit, et se causer ainsi par la suite du trouble et des ennuis. Par l'amendement à la charte de la cité de Montréal (59 Vict., chap. 50, sec. 17b), cependant, il est dit que : " Dans tous les cas de décès survenus dans la ville, un certificat doit être déposé au bureau de santé, et ce certificat doit être dressé de la manière prescrite par le Bureau de Santé et le Conseil." Il semblerait d'après cela que le médecin a deux certificats de décès à donner dans chaque cas. Les médecins de Montréal, cependant, par un ordre en Conseil du 29 septembre 1896, sont relevés de l'obligation de donner un certificat au Conseil Provincial d'Hygiène, tel que requis par 56 Victoria, mais ils doivent se conformer aux règlements de la ville, qui sont pratiquement les mêmes.

A ce sujet, l'article 69 du code civil est intéressant : " Lorsqu'il existe quelque signe ou indice que la mort a été causée par violence, ou lorsqu'il existe d'autres circonstances qui le font supposer, ou lorsque la mort survient dans toute prison, asile ou lieu d'internement forcé, on ne peut procéder à l'inhumation tant qu'elle n'a pas été autorisée par le coroner ou tout autre officier dont le devoir dans ces cas est d'inspecter le cadavre."

Quel est alors, civilement parlant, le devoir du médecin, lorsqu'il se trouve en face d'un signe quelconque indiquant une mort par violence ou lorsqu'il y a d'autres circonstances faisant supposer une telle mort.

En premier lieu, qu'est-ce qu'une mort violente ?

Worcester la définit ainsi : " celle produite par force ou par violence, non naturellement." Taylor in Medical Jurisprudence (vol. 1. page 166) énumère les différentes causes de mort violente comme étant "l'empoisonnement, les plaies et blessures corporelles, telles que les brûlures, ainsi que ces formes de mort qui commencent par les poumons et qui comprennent la submersion, la pendaison, la strangulation et la suffocation." En discutant ces différentes

formes, il y ajoute *l'opération médicale.* (Voyez aussi Lacassagne, Médecine Judiciaire, page 102). D'où il résulte qu'aux yeux de la loi toutes les morts résultant soit d'actes accidentels, soit d'actes criminels, et même d'opérations chirurgicales, sont des morts violentes, et la personne ne peut être enterrée sans que l'inhumation soit permise par le coroner.

Qu'il soit bien entendu qu il n'existe aucune loi plaçant les médecins dans l'obligation d'avertir le coroner en cas de mort violente. Il est évident, par conséquent, que le défaut de l'avertir n'entraîne pas une responsabilité civile.

Le médecin peut donner son certificat, qu'il doit s'efforcer de rendre absolument exact. et rejeter le soin d'avertir le coroner sur les autorités auxquelles il est défendu, par la loi, d'autoriser l'inhumation. Cependant, pour obtenir cette inhumation, dans la pratique, les médecins trouveront généralement qu'il vaut mieux, et pour eux-mêmes et pour les parents du patient, d'avertir immédiatement le coroner Si la mort violente peut se rattacher dans une certaine mesure au traitement médical, il y va de l'intérêt du médecin lui-même d'exposer clairement la situation devant le coroner, afin d'éviter ainsi par après tout malentendu possible.

CHAPITRE III.

RESPONSABILITÉ CIVILE.

C'est sous cette appellation générale que surgissent la plupart des questions relatives aux rapports entre les médecins et le public, durant la pratique journalière. D'une manière pratique et générale, le mot "responsabilité" signifie, d'après la loi française, "l'obligation de réparer un dommage." (Villargues, Dict. de Dr. Civ.).

(A) *Responsabilité du médecin lorsqu'il dévoile le secret professionnel.*

La plupart des questions qui surviennent sous ce titre ont rapport à l'observation ou au dévoilement du secret professionnel. Il entre dans ces questions des considérations d'intérêt privé, d'étiquette professionnelle, d'ordre public et d'intérêt social. Les intérêts en jeu sont si divers et si contraires, les circonstances faisant surgir ces différentes questions sont si variées, qu'il devient extrêmement difficile de poser un principe général pour tous les cas. Je me propose néanmoins de discuter ces questions une par une, m'efforçant d'en résoudre un aussi grand nombre que possible.

En France, la question est jusqu'à un certain point simplifiée par l'existence dans le Code pénal d'un article dont voici la traduction libre. (Art. 378 C. pénal) : "Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, aussi bien que les accoucheuses, pharmaciens et autres personnes, ayant reçu, soit par état ou profession, des secrets que des personnes leur ont confiés, et qui, sauf dans les cas où la loi les oblige d'en informer, auront révélé ces secrets, seront punis par un emprisonnement de un mois à six mois, et par une amende de 100 francs à 500 francs." Vous remarquerez l'exception "sauf dans les cas où la loi les oblige d'informer."

Cet article du Code pénal n'est qu'une confirmation législative de la vieille loi et jurisprudence française sur ce sujet. (Merlin Rep. vo. Médecine; id. vo. Chirurgie; id. vo. Apothicaire ; Dareau, Traité des Injures, t. I., p. 87).

Le dévoilement du secret professionnel est regardé par les Français comme une offense pénale qui, d'après leurs idées, occupe une position intermédiaire entre une offense civile et une offense criminelle. Ce principe établi par le Code pénal, la loi civile l'applique dans les causes civiles. Quand un médecin, en l'enfreignant, cause des dommages, on le considère en faute.

Dans l'État de New-York (Rev. Stat., 5e Edit, vol. 3, p. 690), il n'est permis à aucune personne dûment autorisée à pratiquer la médecine ou la chi-

rurgie de révéler aucun renseignement qu'elle a pu acquérir en soignant un patient, d'une manière professionnelle, lequel renseignement était nécessaire pour lui permettre de prescrire pour ce patient comme médecin, ou d'agir auprès de lui comme chirurgien. D'après cette loi, le médecin ne doit pas révéler le secret professionnel même dans la boîte aux témoins ou dans une cause criminelle, à moins qu'il n'existe dans d'autre statut des exceptions qu'il m'a été impossible de trouver. Il y a une loi semblable dans d'autres états de l'Union.

Il n'existe aucune loi semblable soit en Angleterre, soit dans la province de Québec.

Les questions concernant le secret professionnel doivent se résoudre suivant le droit commun dans un cas et suivant les principes de notre code et de la vieille loi française dans l'autre.

Il est intéressant de noter que les sections des Statuts Refondus concernant les médecins et les chirurgiens ne mentionnent aucunement ce sujet important. Ceci fait contraste avec les sections concernant les notaires (R. S. Q. 3622), lesquelles sections les obligent à garder secrètes les confidences reçues professionnellement et (R. S. Q. 3608) les placent sous la sauve-garde de la loi dans l'exercice de leurs devoirs professionnels. Le Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens n'a évidemment pas le pouvoir, d'après les Statuts Refondus, de faire des règlements en dehors de ceux qui regardent les études, les examens, les titres de créance, etc., l'enregistrement des noms et les règles et règlements pour la conduite générale de la corporation.

En dehors du serment d'Hippocrate, que sa profession lui fait prêter, le médecin est tout à fait libre de révéler le secret professionnel, sauf à se rendre par son action passible de dommages.

Je me propose de démontrer comment cette responsabilité légale survient.

Il existe, du moment de la consultation, un pacte d'engagement. Ce contrat repose sur la condition tacite que le renseignement donné au médecin par le patient, et nécessaire pour permettre au premier de prescrire au second ou d'agir auprès de lui comme chirurgien, sera gardé en confidence secrète. Cette condition cesse d'exister dans certaines circonstances que je discuterai plus loin. Et le contrat existe du fait que les membres de la profession médicale se placent aux yeux du monde, par les règlements qui les gouvernent, comme des conseillers confidentiels. Il est sanctionné par l'opinion et la politique du public, qui lui donnent en fait sa principale force.

D'après notre loi, le défaut de remplir l'une des conditions d'un contrat rend celui qui est en faute responsable en dommages, d'après l'article suivant du Code (C. C. 1053) : "Toute personne en état de distinguer ce qui est bien et ce qui est mal est responsable de tout dommage causé par sa faute à quelqu'un, soit par action volontaire, imprudence, négligence ou manque d'habileté."

On remarquera que les dispositions de cette loi sont posées dans un sens très large et en termes généraux. Le médecin est responsable de tout dommage causé par imprudence, négligence ou manque d'habileté.

Vu la précision de la loi française, nous ne devons nous appuyer que sur l'interprétation générale de l'article ci-dessus, avec comme accessoire tout l'aide que la loi anglaise peut nous donner.

On trouve en Angleterre les principes généraux de la loi commune définis dans la cause célèbre, plaidée l'année dernière, de Kittson vs. Playfair. Depuis nombre d'années, aucune cause n'a soulevé autant d'intérêt parmi les médecins du monde entier, vu la position éminente du médecin en cause et les dommages énormes, $60,000, accordés. Le docteur Playfair se trouvait, il n'y a aucun doute, placé dans une position difficile. Il avait découvert, de bonne foi selon lui, qu'une dame, alliée à sa famille par mariage, s'était rendue coupable de conduite immorale pendant l'absence de son mari. Il jugea qu'il était dans l'obligation, ou de dévoiler le secret professionnel, ou de permettre à cette

femme de s'associer intimement avec les autres membres de sa famille Son désir de protéger sa femme et ses filles fut le plus fort, comme il arriverait, assez justement, selon moi, à nombre d'autres membres de la profession. Il lui était possible, comme il serait possible à tout autre médecin placé dans les mêmes circonstances, de garder le secret professionnel, et en même temps de protéger sa vie de famille. Tout ce qui lui était nécessaire de dire à sa femme, c'est: "J'ai des raisons de désirer que vous cessiez de recevoir cette femme et qu'elle ne fréquente plus mes filles," recommandant en même temps à sa femme d'agir avec discrétion. S'il n'eut pas été plus loin que cela, il aurait été difficile de concevoir de quelle manière la loi aurait pu l'atteindre. Malheureusement, il se laissa complètement conduire par ses sentiments personnels et dépassa les limites de la prudence et du nécessaire. Il écrivit d'abord à l'infortunée, l'informant de ses soupçons et menaçant, si elle ne quittait Londres à l'instant, de dévoiler sa conduite et de faire cesser la rente qu'elle recevait d'une autre branche de la famille. Il refusa d'accéder à ses lettres de supplication et de lui accorder une nouvelle entrevue. Enfin, non seulement il raconta en détail ses soupçons à sa femme, mais il les écrivit à un parent qui donnait une rente à cette femme, lui conseillant de la lui retirer, ce qu'il fit. Je ne vois pas comment un tribunal aurait manqué, dans ces circonstances, de condamner non seulement un médecin, mais toute autre personne, pour une semblable série d'actions Le fait de s'être servi de renseignements obtenus sous l'obligation du secret professionnel ne rendait l'offense que plus évidente lorsqu'il s'agissait d'établir les dommages.

Au procès, le médecin se réclama d'un privilège, et non de la vérité de ses assertions. La question ne fut soulevée qu'incidemment.

Pour indiquer quelles étaient les questions en jeu, voici le verdict du Jury :

" Que le Dr Playfair croyait que les paroles étaient vraies, mais ne donna à la plaignante aucune opportunité de fournir une explication ; que les paroles n'ont pas été dites simplement sous l'impulsion d'un devoir, mais pour un motif indirect."

Sur cette question, les principes généraux de la loi, en France, en Angleterre et ici, sont pratiquement les mêmes, excepté que la vieille loi française en force dans cette province et telle que formulée dans l'article 1053 du Code, cité plus haut, est beaucoup plus sévère que la loi anglaise dans l'appréciation des faits donnant lieu à des dommages

Avant de ne discuter aucune questien en particulier, j'établirai d'abord une loi générale concernant le secret professionnel.

Le médecin doit en tout temps garder le secret de son patient, sous peine d'être condamné à des dommages, excepté :

1° Quand il a été relevé de cette obligation d'une manière expresse par son patient.

2° Quand la cour lui ordonne de répondre comme témoin.

3° Quand cela est exigé par les règlements du Conseil d'Hygiène.

4° Quand la chose est nécessaire pour l'empêcher d'être considéré comme aide et fauteur d'un crime ou complice au second degré.

5° Quand un homme d'une prudence ordinaire peut de bonne foi, sans malice ni exagération, considérer que c'est son devoir envers la société et envers lui-même.

Les trois premières exceptions n'ont besoin d'aucun commentaire. Nous expliquerons la quatrième en discutant le côté criminel de la question.

La dernière exception est la plus difficile à interpréter pour le médecin ; savoir s'il doit considérer de son devoir envers la société et envers lui-même de divulguer le secret de son patient, et cela sans devenir passible de dommages.

Je ne veux pas discuter la lutte qui surviendra immanquablement entre le médecin et l'homme privé. Je ne m'occupe de la question qu'après avoir admis que le médecin est prêt à laisser de côté tout scrupule professionnel. Je sup-

pose qu'il a décidé que c'est son devoir de parler, mais qu'il hésite par crainte de dommages possibles.

Nos cours de justice prendront en considération la véracité des assertions du médecin, son devoir moral évident et majeur, sa bonne foi, son manque de malice, et le fait qu'il n'a divulgué son secret qu'en dernier ressort. Comme la chose se résume toujours à une question de "droits aux dommages," le médecin devrait être capable, en conservant dans sa mémoire ces considérations, de se rendre compte du risque qu'il court, et si la grandeur de son devoir moral et social est suffisante pour le lui faire courir.

Vous comprenez comme moi l'impossibilité, en face d'une question si difficile, de se représenter toutes les circonstances qui peuvent surgir et de dépasser la limite des principes généraux. Je discuterai cependant une ou deux des questions les plus importantes qui peuvent se présenter.

(1) *Avant le mariage.*

Prenez par exemple le cas d'un patient traité par son médecin pour une maladie virulente, et qui est sur le point de se marier malgré les protestations du médecin. Si le médecin ne connaît pas la femme, la question ne se présentera pas avec autant de force, parce qu'il sera probablement moins disposé à sortir de la voie ordinaire pour prévenir le mariage. Le fait est qu'il ne pourrait pas l'empêcher sans briser ouvertement le secret professionnel. Si la femme, cependant, fait partie du cercle immédiat de ses connaissances, il pourra trouver de nombreux moyens d'arriver au même résultat sans dévoiler le secret Le Dr Brouardel, dans son remarquable traité sur "le Secret Médical," suggère une méthode ingénieuse. Le père de la future fiancée était un de ses amis ; il en profita pour attirer un jour son attention sur la mort d'un jeune mari qui laissait sa femme sans aucune ressource, et sur le fait qu'il n'en aurait pas été ainsi si ce jeune homme eut été possesseur d'une assurance sur la vie. Le père de la fiancée demanda immédiatement au futur mari de prendre une assurance sur sa vie, et sur son refus, inexplicable aux yeux du père, le mariage fut rompu. Je ne crois pas le médecin justifiable, dans aucun cas semblable, de violer un secret.

Supposer que la femme qui est sur le point de se marier appartient à la famille même du médecin, c'est supposer un cas extrême, mais cependant dans l'ordre du possible. Je ne crois pas, dans un cas semblable, qu'une cour de justice condamnerait le médecin pour avoir protégé son enfant jusqu'à l'extrême limite de son pouvoir, même s'il lui était nécessaire, en dernier ressort, de lui révéler la vérité entière. La responsabilité et les devoirs d'un parent sont de beaucoup au-dessus de toutes questions de devoirs professionnels, d'étiquette ou de sécurité publique.

A mesure que la parenté ou la relation avec le médecin diminue, je crois celui-ci de moins en moins justifiable de dévoiler le secret professionnel dans le but de prévenir un mariage ; si les liens étroits unissant le père et la fille n'existent plus, le médecin devra courir ses chances de l'appréciation des faits de la cause par le tribunal.

(2) *Pendant le mariage.*

Lorsqu'après le mariage les deux époux demeurent les clients du médecin, il surgit, au sujet de ce dernier, de délicates questions légales. Le secret professionnel, semble-t-il, doit être observé ici aussi strictement que l'exige chaque cas donné, mais je ne crois pas que le médecin ait raison d'être perplexe, si l'on tient en considération les relations intimes et la confiance qui existent entre mari et femme, et la possibilité éloignée que l'un ou l'autre puisse réclamer des dommages.

(3) *Les mineurs et les domestiques.*

La question du secret professionnel surgit quelquefois au sujet des mineurs et des domestiques.

Ce sont des cas où, les parents et les tuteurs d'un côté, les maîtres de l'autre, demandent des renseignements sur la maladie du patient, et auxquels le médecin sera porté à répondre.

Il n'y a aucun doute que si la maladie est contagieuse, le devoir du médecin est d'en déclarer la nature. Ceci rentre dans l'exception concernant les règlements du Conseil d'Hygiène. Mais il devra hésiter beaucoup à le faire si la maladie n'est pas contagieuse et si elle est de mauvaise nature.

L'argument donné par les auteurs qui discutent la question, c'est que celui qui paie pour les services que le médecin rend à une autre personne, s'il est mineur ou domestique, a le droit d'être complètement renseigné. Je ne crois pas qu'aucune personne ait ce droit. Car le médecin n'obtient pas les confidences du patient parce qu'une tierce personne le paie pour ses services, mais seulement par confiance dans l'obligation qu'a le médecin de garder le secret professionnel, et pour lui faciliter l'exercice de sa profession.

Quand le médecin se trouvera en face du problème difficile de garder d'un côté le secret, et de l'autre de respecter les droits d'une personne chargée du bien-être d'un mineur, il devra juger suivant les circonstances, et se laisser guider surtout par ce qu'il considérera être le plus grand intérêt des deux parties. Il devra avant tout être prudent et ne pas causer par sa confidence de dommage au mineur, dommage dont la possibilité est très éloignée dans les cas de ce genre.

La difficulté est plus grande lorsqu'il s'agit des domestiques ou serviteurs. Le médecin doit être extrêmement prudent. S'il est appelé par le maître pour traiter une servante, et qu'il s'aperçoit que celle-ci souffre d'une maladie qu'elle ne veut pas, dans les circonstances, laisser connaître à son maître, ses associées ou le public, il ne peut pas renseigner le maître qui l'emploie sans se rendre passible d'une action en dommages, à moins qu'il n'y ait un danger de contagion impossible à faire disparaître en éloignant immédiatement la servante.

(4) *Poursuite pour les services professionnels rendus.*

On discute aussi dans les auteurs la question de savoir si le médecin peut poursuivre pour ses honoraires lorsque, en le faisant, il doit divulguer des renseignements professionnels de nature à nuire au caractère du défendeur. On a soutenu dans cette province qu'un médecin n'a pas le droit de publier sur le compte des services qu'il a rendus la nature de la maladie dont il réclame le prix de traitement, quand cette publication est de nature à faire tort à son débiteur. (5 Q. L. R., p. 267).

Je suis peu enclin à partager sur ce point l'avis de quelques écrivains médicaux qui paraissent être d'opinion que le médecin, dans ces circonstances, doit sacrifier ses honoraires. Il n'y a certainement d'après notre système aucune nécessité pour lui à le faire. Il peut prendre son action simplement pour services professionnels rendus. (Dareau, Traité des Injures, T. T., p. 87). Si l'action est contestée, il n'a pas besoin dans son témoignage de ne rien affirmer en dehors du fait qu'il a rendu des services professionnels à certaines dates, pour une certaine période de temps, et que ces services avaient telle valeur déterminée. Il faut laisser le soin au défendeur lui-même de mentionner ou de faire dire, s'il le désire, la nature de ces services, ce qui fait alors entrer la question dans l'une des exceptions citées plus haut. Le fait que le défendeur demande ainsi le renseignement relève le médecin de l'obligation de garder le secret. Il est peu probable que cette question soit fréquemment soulevée, parce qu'un patient qui désire cacher la nature d'une maladie fera tout en son possible pour

empêcher la chose de venir en cour. D'un autre côté, le médecin ne poursuivra pas un individu incapable de payer.

(B) *Responsabilité civile du médecin pour négligence, imprudence ou manque d'habileté.*

J'ai déjà dit que le médecin est responsable de ses fautes, de sa négligence, de son imprudence ou de son manque d'habileté. Le médecin qui agit dans la limite de son art, avec une idée consciencieuse de l'excellence de sa méthode, n'encourt aucune responsabilité La loi fixe les degrés par lesquels on acquiert le titre de médecin, mais elle n'exerce aucun contrôle sur l'exercice de la médecine. Celui qui a obtenu les diplômes d'une faculté de médecine est regardé, aux yeux de la loi, comme ayant les capacités nécessaires. C'est ainsi que la pratique de la médecine, au point de vue scientifique, ne porte aucune responsabilité. Mais la responsabilité existe quand une faute grave ou une négligence peut être imputée aux médecins. Le chirurgien qui pratique une opération alors qu'il est en état d'ivresse est responsable des conséquences; de même s'il n'a pas fixé les bandages d'une manière convenable ; de même s'il commet une erreur matérielle, dommageable ou fatale dans sa prescription, ou s'il se rend coupable de quelqu'autre ignorance ou négligence grave. Un médecin ne sera pas poursuivi pour le fait seul qu'il a été trompé. Il sera tenu responsable, cependant, s'il a donné une prescription inaccoutumée en escomptant son efficacité. Cependant, la cour devra distinguer soigneusement entre l'audace insouciante et empirique et la confiance d'un savant ou d'un homme de génie. Car l'expérience du passé a prouvé plusieurs fois que de tels hommes peuvent être une génération en avant de leur temps. La cour devra considérer avec soin le raisonnement et les motifs de croyance sur lesquels le médecin aura établi un traitement inconnu jusqu'ici ou peu connu de la science médicale. (Dalloz, Vo. Responsabilité No. 128).

On a jugé en France, en accord avec ce principe, que l'obstétricien qui ampute sans nécessité les deux bras à un enfant afin de délivrer la mère doit être tenu responsable en dommages. (Id. No. 129).

On devra noter que le médecin, pour faire légalement une opération chirurgicale, doit être autorisé par le patient ou le parent sous l'autorité duquel il se trouve. L'opération ne doit jamais, excepté en cas d'urgence, être pratiquée sans cette autorisation. Mais il n'est pas nécessaire, et ce n'est pas la coutume, que le médecin donne au patient une connaissance complète de tous les détails techniques de l'opération Il lui suffit de l appeler une opération chirurgicale faite dans tel ou tel but. Le soin de faire la preuve au sujet du consentement à l'opération repose sur le médecin. (Dalloz, J. G., 1891, Vo. Responsabilité-Médecine).

Le médecin n'est pas obligé de répondre à tous les appels, mais il est responsable, lorsqu'il a entrepris de traiter un individu, pour tout dommage occasionné par un refus subséquent injustifiable de sa part. Il est peu probable qu'une question de ce genre soit soulevée. (Id. 131).

(C) *Responsabilité civile du médecin concernant les conversations confidentielles.*

Le médecin peut quelquefois se trouver embarrassé par une question confidentielle sur la réputation d'un confrère. On a soutenu 'qu'une affirmation faite par une personne dans le cours d'une conversation privée avec le médecin de sa famille est privilégiée, surtout s'il n'y a aucune preuve de malice. (Sinn v, Marcus, 6 R. J. O. S. C. Tait. J., 1896)." On a soutenu aussi "qu'un médecin qui exprime de bonne foi, dans un bal, à un ami qui le consulte en passant, son opinion défavorable sur un traitement secret et nouveau adopté par un *confrère* pour l'accouchement des femmes sans douleur, et qui cite un cas où une

femme est morte après avoir subi ce traitement, renvoyant en même temps pour les détails à un troisième médecin appelé à l'accouchement, ne peut pas être accusé de diffamation, parce que la conversation est privilégiée." Il fut aussi soutenu "qu'une lettre au sujet de cette conversation, écrite par le défendeur en réponse à une lettre du plaignant, laquelle lettre lui demandait où il avait pris son renseignement, est aussi une confidence privée et privilégiée" (DeMartigny vs Mount, 21 R. L. 461, Pagnuelo, 1891. S C.)

Le principe suivi était qu'une diffamation, pour être punissable, doit être publique. (Nouveau Denizart, Vo. Diffamation, p. 2, No. 1). Ainsi, ce que ces deux personnes se disent en conversant de ce qu'elles pensent d'une troisième personne ne les rend pas passibles d'une diffamation, par suite de la liberté naturelle qu'ont tous les hommes de communiquer leurs pensées à ceux qu'ils croient dignes de cette confidence, excepté toujours, cependant, le secret professionnel. (Voyez aussi dans le même sens Tellier, J., S. v. D., 18 R. L. 132). L'arrêt suivant semble être en contradiction avec la ligne de conduite générale de la jurisprudence. (De Cow vs. Lyons, R. J. Q. 4, S. C. 341). Un pharmacien, questionné par un client sur la position professionnelle occupée par le plaignant, médecin, répondit qu'il avait entendu dire que ce médecin avait ponctionné une femme pour de l'hydropisie, alors qu'en réalité elle était enceinte. La Cour Supérieure décida que cette conversation était privilégiée, mais la Cour de Révision annula cette décision sur le principe qu'il n'entrait pas dans le devoir du pharmacien de donner un tel renseignement à son client, que non seulement le renseignement était faux, mais que le pharmacien était officieux en le donnant. Il n'en avait jamais vérifié la véracité, ni même essayé de le faire.

Le jugement était basé sur le principe qu'une confidence entre individus, tout en étant de bonne foi, doit être juste et impartiale, sans rien exagérer et sans y introduire des remarques déplacées ou calomnieuses. Par conséquent, si un patient demande à son médecin des renseignements sur la réputation, ou l'expérience et l'habileté d'un autre médecin dans une spécialité quelconque, le médecin devra avoir soin de ne dire que ce qui est nécessaire pour aider le patient à faire son choix, et, s'il doit entrer dans les détails, d'être raisonnablement certain de l'exactitude du renseignement qu'il fournit.

CHAPITRE IV.

RESPONSABILITÉ CRIMINELLE DU MÉDECIN.

Le médecin est sujet à de certaines responsabilités vis-à-vis la loi criminelle.

(A) *Opérations et traitement medical.*

Le gardien le plus jaloux de l'honneur de la profession est forcé d'admettre que la mort quelquefois est due à un traitement médical ou chirurgical. Il arrive inévitablement que la force et la vitalité d'un côté, l'effet physique des médicaments ou des opérations de l'autre côté, sont mal calculés, et la mort en résulte. Le texte du Code Criminel est clair sur ce point. (C. C., sec. 57). Il se lit comme suit :

"Toute personne est à l'abri d'une responsabilité criminelle qui pratique avec un soin et une habileté raisonnables toute opération chirurgicale sur n'importe quelle personne pour son bien, pourvu qu'il soit raisonnable de faire l'opération, que l'on ait égard à l'état actuel du patient, et que l'on tienne compte de toutes les circonstances du cas."

L'article 212 est applicable ici :

"Quiconque entreprend (excepté en cas d'urgence) de donner un traitement médical ou chirurgical, ou de faire toute autre action légale, de nature à mettre la vie en danger, est sous l'obligation légale de faire cet acte avec une

connaissance, une habileté et un soin raisonnables, et est responsable criminellement s'il a omis, sans excuse valable, de remplir ce devoir, lorsque la mort est causée par cette omission."

La seule accusation qu'il soit possible de porter contre un médecin d'après ces articles de la loi est celle de *manslaughter*, c'est-à-dire l'action de tuer quelqu'un sans préméditation malicieuse, ou en d'autres termes par suite d'une ignorance, d'une négligence ou d'un manque d'habileté criminels Il y a donc, d'après le code criminel, trois points essentiels de protection pour le médecin :

1° Un soin raisonnable.

2° Une habileté et une science raisonnables.

3° Une opération raisonnable dans l'état actuel du patient, et en tenant compte de toutes les circonstances du cas.

Malgré le caractère élevé de la profession médicale en cette ville, et bien qu'une opération entreprise sans les conditions énumérées plus haut soit peu probable, il peut arriver en tout temps à un chirurgien que l'ignorance ou la malice d'une tierce personne porte contre lui l'accusation d'homicide involontaire, lorsqu'une opération a été suivie de mort. C'est par conséquent, dans toute opération dont le résultat est douteux, un excellent principe à suivre que d'appeler un médecin en consultation et de ne faire l'opération qu'avec son approbation. Cette précaution devrait être prise même par les hommes les plus en vue de la profession.

(B) *Responsabilité du médecin pour complicité criminelle au premier ou au second degré.*

Ainsi que je l'ai dit plus haut, nous trouvons que le secret professionnel existe aussi en relation avec la loi criminelle. Il ne s'agit plus ici, cependant, d'une question concernant la conscience du médecin. Je suis persuadé qu'aucune profession dans le monde n'observe avec autant de sincérité et de rigueur ses devoirs et ses règles d'étiquette que la profession médicale. Par conséquent, lorsque le médecin se trouve en face de ce qu'il considère être une obligation publique d'aider à la découverte d'un crime, il se trouve dans une position extrêmement difficile. Ceci se présente surtout en rapport avec l'avortement, l'empoisonnement ou les soins donnés au criminel après son crime. En France, le code criminel (art. 30) exige que "Toute personne qui a été témoin d'un attentat contre la sécurité publique, soit contre la vie ou la propriété, doit en donner avis au ministère." Nous n'avons pas de loi semblable.

Le médecin, toutefois est poussé à donner les renseignements concernant un crime dont il a eu connaissance dans l'exercice de sa profession par deux motifs compris dans deux des exceptions données plus haut.

Le premier, c'est le désir d'éviter le danger d'être tenu comme aide ou fauteur de crime, ou complice au second degré.

Le second, c'est le désir de protéger la société contre le crime et de punir le criminel.

Notre propre loi efface toute distinction entre les auteurs principaux du premier ou du second degré, ou les promoteurs d'un crime (*accessories before the fact*) ; et *toutes personnes* sont considérées comme auteurs principaux ou complices, également coupables, qui : (a) commettent virtuellement le crime ; (b) font ou omettent quoi que ce soit pour en faciliter l'accomplissement ; (c) aident à l'accomplir ou assistent à son accomplissement, ou (d) en conseillent ou provoquent la commission. (Crankshaw, Cr. Cod, sec. 61 et 62).

Si par conséquent le médecin se trouve en face d'une tentative d'empoisonnement, ou de ce qu'il croit être une tentative d'empoisonnement, mais continue son traitement en essayant d'en pallier les effets, et ne fait rien pour en supprimer la cause, il se place légalement dans une position dangereuse et très peu sûre au point de vue professionnel.

Les conclusions sont à peu près les mêmes en cas d'avortement. Les membres distingués de la profession auxquels j'ai l'honneur de m'adresser, appelés en consultation, au dernier moment, pour sauver une malheureuse femme, ne se rendent pas compte du danger qu'ils courent d'après la loi criminelle. Ils agissent de bonne foi, pour sauver un être humain, mais cela au risque très grave d'être considérés, au sens stricte de la loi, comme complices dans un crime. Ils devraient toujours se rappeler qu'ils sont coupables aux yeux de la loi s'ils se trouvent le moindrement concernés, même lorsque c'est pour des motifs purement professionnels, et que leur oubli de prévenir les autorités soulève une présomption d'intention criminelle.

" Un complice au second degré (*accessory after the fact*) dans une offense, c'est celui qui reçoit, encourage ou aide toute personne qui a été partie dans cette offense, afin de lui permettre de se sauver, et sachant qu'elle a été partie dans la dite offense " (Code Cr, sec. 63). Ces complices ne sont pas considérés comme auteurs principaux, et subissent leur procès séparément.

On ne devient pas complice au second degré en négligeant simplement de prévenir les autorités qu'un crime a été commis ou en s'abstenant d'arrêter le coupable. (1 Hale, P, C., 618, 619). Le critérium d'un complice au second degré semble résider dans le fait qu'il aide personnellement et d'une manière active le principal auteur à échapper à la punition, comme par exemple, en lui fournissant de l'argent et de la nourriture pour lui permettre de se cacher, ou un cheval pour lui permettre de fuir ceux qui le poursuivent, ou une maison ou autre refuge pour se mettre à l'abri, ou encore en le protégeant par force ouverte ou violence. (1 Bishop, New Cr. L. Com , p. 422 : 4 Bl. Com. 38).

Il est évident par conséquent qu'un médecin n'est aucunement menacé d'une accusation criminelle pour panser les plaies d'un meurtrier, ou le recevoir et le traiter dans un hôpital et en même temps garder le silence. Il n'est pas responsable non plus s'il assiste et soigne une femme souffrant des suites d'un avortement *déjà accompli*, ou encore un individu ayant tenté de se suicider. Il devra avoir grand soin, cependant, de ne rien faire qui tente à protéger ou cacher le coupable, ou à dérouter les efforts des officiers de justice chargés de l'arrêter. Il devra, quand il en sera requis, leur donner tous les renseignements qui peuvent leur être utiles.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail, je crois, de discuter la question de savoir si le médecin doit donner les renseignements, concernant les crimes ou tentatives de crime, qu'il a obtenus dans l'exercice de sa profession, lorsque sa position vis-à-vis la loi criminelle est sûre, et sa réputation professionnelle à l'abri. Ceci n'est pas seulement une question d'étiquette médicale, mais encore de morale; elle n'entre pas dans le domaine d'une discussion légale. Les juristes médicaux discutent la question pour et contre, très au long, et diffèrent considérablement d'opinion. Ils font même des distinctions subtiles. Par exemple, Trébuchet, dans sa "Jurisprudence de la Médecine," croit qu'en cas d'avortement le médecin doit garder le silence si c'est évidemment la première offense, et si la révélation doit ruiner une famille honorable ; mais qu'il doit révéler le crime s'il est commis sur une femme de mauvaise réputation par des gens qui en font une pratique habituelle. D'un autre côté le juge Hawkins, dans son réquisitoire dans la cause de Kitson vs Playfair, considère que dans l'un ou l'autre cas c'est *monstrueux* de donner des renseignements, pourvu que le médecin personnellement ne court aucun risque en gardant le silence. Les médecins cependant devront, sur cette question, prendre en sérieuse considération jusqu'à quel point, par leur silence, ils rendront ce crime plus fréquent et plus facile à accomplir.

La même remarque s'applique aux cas où le médecin possède des renseignements précieux pour les autorités lorsque celles-ci sont à la recherche de l'auteur d'un crime lâche. Les auteurs s'accordent tous, avec raison, pour considérer

que c'est pour le médecin un devoir de premier ordre, effaçant tous les autres, de prévenir la justice, lorsqu'il peut par cette action sauver la vie à son semblable.

Dans tous ces cas, le médecin n'encourt aucune responsabilité en dommages. Il doit d'abord être certain des faits, raisonnable dans ses soupçons, et agir de bonne foi et sans malice. Il n'est jamais nécessaire de déposer une accusation publique en cour de police. Il suffit d'avoir avec le magistrat de police une conversation privée et confidentielle. En jetant ainsi sur l'autorité la responsabilité de faire une enquête subséquente et de prendre des procédures criminelles, le médecin remplit son devoir envers le public et la société. En cour criminelle, il paraît comme un témoin ordinaire, par ordre de la cour.

Il n'y a pas de plus noble profession que celle de la médecine. Guérir le malade est une mission divine. Les médecins du monde entier sont renommés pour leur charité, leurs idées élevées et la sincérité de leurs efforts dans le soulagement de la race humaine. Mais il leur faut quelquefois regarder en dehors du cercle immédiat de leurs actions et se rendre compte qu'ils sont en même temps de simples membres de ce grand tout complexe, la Société, qui demande pour exister la collaboration d'un chacun de nous.

De la dyspnée dans la pleurésie avec épanchement—Dans une de ses cliniques M. le professeur DIEULAFOY a insisté sur ce fait que la dyspnée ne se montre pas habituellement dans la pleurésie avec épanchement. Quand ce symptôme apparaît, surtout si l'épanchement est peu abondant, il faut songer à la possibilité d'une pleurésie diaphragmatique, d'une congestion pulmonaire, d'une endocardite, ou même d'urémie.

La variole jusqu'à aujourd'hui

Notification réciproque des Conseils d'Hygiène De l'Amérique du Nord

MONTRÉAL, 6 AOUT 1897.

Aux Secrétaires des Conseils d'Hygiène d'État et de Province,

L'état actuel de la variole dans la Province est le suivant :

Comté	Municipalités	Population	Date de l'éclosion	Cas depuis l'éclosion.	Morts	Guéris.	Encore malades	Maisons infectées depuis l'éclosion.	Maisons encore infectées.
.....	Ville de Montréal	240.000	2 juillet	4	3		1	3	0 *
Hochelaga	Westmount	6.000	26 "	3			3	1	0

Deux cas douteux venant des maisons d'abord infectées sont tenus en quarantaine, sous surveillance.

Deux nouveaux cas se sont déclarés dans la même famille de Westmount.

A vous respectueusement,

ELZÉAR PELLETIER,

Secrétaire du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

* Excepté l'Hôpital civique.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

LA MENSTRUATION DANS SES RAPPORTS AVEC LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE

PAR J. H. KEIFFER

Travail fait à l'Institut univers taire de Physiologie et à la Clinique médico-chirurgicale de Bruxelles.

Ce n'est guère que lorsque la structure histologique intime du rein fut connue, lorsque l'activité du glomérule et celle de l'épithélium rénal furent élucidées, qu'on put enfin apprécier, dans ses phénomènes locaux et éloignés, la fonction urinaire au point de vue de la pathologie générale.

Dans un même ordre d'idées, pour pouvoir analyser clairement l'influence de l'appareil génital féminin sur l'organisme entier, j'ai cherché à connaître la véritable signification de ce phénomène resté si obscur, la menstruation.

Qu'est-ce que la menstruation au sens anatomique et physiologique du mot ?

Cette question ayant fait l'objet d'un travail paru dans les Annales de la Société obstétricale de France, je me contenterai d'en donner ici le résumé nécessaire à la compréhension de cette étude clinique

Il existe trois zones dans la paroi de l'utérus ; l'une, externe constituant la couche musculaire longitudinale adjacente au péritoine ; l'autre, moyenne, formant la couche musculaire interne ; enfin une troisième, interne, regardant la cavité utérine et constituant la muqueuse utérine avec ses tubes glandulaires.

Ces trois zones sont sillonnées de vaisseaux artériels et veineux de différents calibres. On distingue toutefois qu'ils affectent une disposition relative systématique, en réalité fort simple.

1° Entre la couche musculaire longitudinale et celle des fibres circulaires, on voit un vaisseau artériel volumineux cheminer en ondulant à la limite de ces couches musculaires et leur fournissant, tant du côté péritonéal que du côté muqueux, des rameaux dont la direction générale est perpendiculaire à la sienne propre. Ces rameaux sont nourriciers pour le tissu musculaire et le péritoine dans lesquels ils se terminent, ou bien ils s'anastomosent avec le système artériel de la deuxième zone, système également puissant, à direction parallèle au premier, circulant entre la muqueuse et la zone de fibres circulaires et fournissant soit des rameaux musculaires, soit des rameaux muqueux.

2° Les branches muqueuses, issues de ce second système, cheminent parallèlement aux glandes tubuleuses, fournissent des artérioles et des capillaires à la partie contournée, profonde de ces glandes, ensuite à la partie droite, tubuleuse, enfin à l'épithélium de la cavité utérine.

Des capillaires glandulaires artériels part le réseau glandulaire veineux qui effectue le même trajet, en sens inverse, que le système artériel, mais au moyen de vaisseaux plus rares, d'un plus grand diamètre, se terminant dans de véritables troncs veineux lagunaires situés, comme les artères principales, entre les deux couches musculaires.

Les glandes utérines sont des glandes tubuleuses typiques, pourvues d'un épithélium cylindrique nucléé à sa base et enveloppé par les mailles irrégulières des capillaires comme d'un véritable réseau tubuleux. Ces glandes ont, au niveau de l'épithélium utérin, un orifice excréteur circulaire ; elles suivent un trajet onduleux généralement oblique ou perpendiculaire à la surface muqueuse, puis se contournent, se pelotonnent dans la profondeur, près du tissu musculaire où elles laissent fréquemment pénétrer leur portion terminale aveugle.

C'est cette portion terminale qui échappe à la chute de la muqueuse ou au curetage utérin et qui sert à sa régénération.

La disposition vasculaire que je viens d'esquisser est bien celle observée chez la chienne, mais on retrouve la même disposition chez les autres mammifères à quelques détails près, et notamment chez la femme ; chez elle les gros vaisseaux se trouvent dans une couche musculaire spéciale, à *fibres arciformes* entourant ces vaisseaux, liées exclusivement à leur fonction ; mais cette couche spéciale occupe, relativement aux autres zones, la même position que les troncs vasculaires principaux chez la chienne.

Il importe également de savoir que la paroi vasculaire est intimement unie au tissu musculaire, qu'elle se réduit dans les capillaires à un simple endothélium et que, par conséquent, il existe une dépendance fonctionnelle absolue entre les actes vasomoteurs et les réactions musculaires de l'utérus. On pourrait dire qu'au point de vue physiologique l'utérus est une expansion énorme des parois vasculaires et qu'il est tout entier sous l'action *immédiate* de l'innervation vaso-motrice.

Cette manière d'envisager la connexion si intime des vaisseaux et de la fibre lisse de l'utérus rend bien compte des réactions émotives, traumatiques, chimiques, si fréquentes, si brusques de cet organe et la facilité avec laquelle se font les fausses couches (vaso-constrictions) et les hémorragies (vaso-dilatations), actions généralement combinées.

Quel est maintenant le mécanisme fonctionnel de cet appareil à la fois musculaire, vasculaire et glandulaire envisagé en dehors de sa fonction motrice obstétricale ?

Pendant la période intermenstruelle il se produit, avec ou sans le concours de très légères contractions indolores, une élimination plus ou moins abondante des produits muqueux sécrétés par les glandes tubuleuses.

A l'approche de la menstruation, au contraire, il s'établit, sous l'influence d'actions que nous ne chercherons pas à analyser au cours de ce travail, une congestion vasculaire artérielle et veineuse extrêmement intense, une surnutrition manifeste, une imbibition extrême de tous les tissus.

Les tubes glandulaires habituellement peu visibles dans le premier état, ainsi que les vaisseaux ordinairement serrés les uns contre les autres se dissocient en quelque sorte, ne s'écrasent plus, étalent leur ramification, leur structure dans une substance fondamentale plus abondante, plus riche, bref apparaissent au microscope dans un état remarquable de nutrition, montrant leurs moindres détails histologiques, alors que précédemment ils étaient tassés, confus, difficiles à analyser.

Nous savons d'autre part, par des recherches antérieures sur la physiologie musculaire et nerveuse de l'utérus, que les couches de fibres lisses se contractent alternativement ou simultanément d'une manière coordonnée, donnant ainsi naissance à de véritables ondes péristaltiques destinées à l'expulsion des produits utérins. Nous savons aussi que le liquide menstruel physiologique, tant chez la chienne que chez la femme, est constitué d'une substance liquide à réactions comparables à celles du sérum sanguin et d'éléments figurés provenant également du sang.

De ces faits anatomiques et physiologiques, ainsi que des résultats que m'ont fournis de récentes expériences sur les vaisseaux utérins, j'ai pu tirer les déductions suivantes :

A l'époque de la menstruation, alors que les ondes péristaltiques et la congestion de l'utérus sont très marquées, la contraction de la couche musculaire externe refoule tout le sang contenu dans ses vaisseaux vers la muqueuse utérine qu'elle gorge de sang artériel jusque dans ses plus fins réseaux capillaires, par conséquent autour de ses glandes. Suit bientôt, dans l'ordre de contraction, l'action conctrictive, de la couche musculaire interne circulaire, à effet sphinctérien. Il en résulte une augmentation de pression considérable pour tout le système vascu-

laire de la muqueuse qui se décharge par deux procédés : 1° par filtration du sang à travers l'endothélium vasculaire et l'épithélium glandulaire, 2° par écoulement par la voie veineuse, le sang quittant la muqueuse pour retourner vers la périphérie, vers la couche musculaire externe où se trouve les troncs veineux principaux.

Le mouvement alternatif, réalisé dans le péristaltisme utérin par les contractions et les dilatations successives des couches musculaires, établit un véritable jeu de pompe foulante et aspirante dont bénéficie continuellement la circulation muqueuse glandulaire au niveau de laquelle se fait le phénomène menstruel.

Celui-ci consiste vraisemblablement en une véritable sécrétion. Les substances hématiques destinées à être éliminées au cours de la menstruation, circulent en ce moment avec le sang dans tout l'utérus et ses annexes, et il n'est pas douteux que l'endothélium vasculaire et l'épithélium des glandes utérines laissent filtrer à travers leurs parois, en exerçant sur eux une action éminemment élective, peut-être modificatrice, non seulement les substances liquides, mais aussi les éléments figurés, les globules blancs et rouges qui apparaissent dans le sang menstruel par un phénomène de diapédèse.

Cette action élective, modificatrice, est un acte purement sécrétoire ; il donne au phénomène menstruel sa signification propre.

Ce processus se retrouve identique dans la sécrétion urinaire, dans la sécrétion sudorale et bien d'autres. Il est banal. Il procède des mêmes éléments anatomiques mais d'éléments chimiques différents des autres sécrétions.

Dans les conditions physiologiques ordinaires, il s'exerce sans la moindre lésion des capillaires ou des glandes utérines et, lorsqu'une telle lésion existe, les troubles qu'elle entraîne sont du même ordre que celles amenées par une lésion de l'endothélium rénal. On peut dire, à cet égard, que si le sang menstruel se coagule, la fibrine ou le fibrinogène qui en est la cause et qui a pu se livrer passage par quelque brèche, est au liquide menstruel comme l'albumine est à l'urine.

La valeur et la signification de la menstruation ainsi comprises, nous permettent aussitôt de saisir complètement tout un côté resté obscur de la pathogénie génitale, de déduire l'influence qu'elle exerce sur la pathologie générale et le mécanisme de cette influence.

Il est certain qu'au moment où la menstruation va se produire chez un mammifère, l'organisme cherche à se débarrasser d'une substance spéciale, accumulée momentanément dans son appareil circulatoire, et cela par une voie spécifique, l'utérus.

Si l'on étudie la muqueuse utérine à toutes les périodes de la vie génitale, on ne trouve pas que son épithélium soit le siège d'une sécrétion spéciale autre que cette substance muqueuse incolore, translucide, rare, que nous observons chaque jour à l'orifice du col utérin. Nous pouvons donc difficilement admettre que ce soit l'utérus seul qui fournisse, par sa propre fonction, ces éléments chimiques retrouvés dans le liquide menstruel.

Nous croyons, pour toute une série de raisons exposées ailleurs, que cette substance, accumulée à un moment donné dans le système circulatoire génital est élaborée par l'organisme tout entier. dans un but nutritif et génésique, et que sa voie d'élimination spécifique est précisément l'épithélium utérin que nous venons de décrire, comme les glandes cutanées sont la voie d'émonction des éléments de la sueur.

Cette élimination n'est ni une hémorragie, ni un épanchement, ni une simple extravasation, c est une sécrétion.

De même que les propriétés chimiques de l'urine révèlent le type nutritif des tissus éloignés du rein, de même, les qualités du liquide menstruel doivent refléter le chimisme des divers organes de l'individu. Et de fait, ne voyons-nous pas que la couleur, l'odeur, l'acidité, l'alcalinité, la richesse en CO^2 de cette substance, pour ne citer que les caractères physiques et chimiques grossiers,

varient de l'un à l'autre et d'une période à l'autre chez la même personne, suivant l'état d'anémie ou de pléthore, de fatigue ou de vigueur, de nutrition parfaite ou de maladie ?

Il ne s'agit pas d'une fonction locale, inhérente à l'utérus et à ses annexes exclusivement ; la menstruation paraît être l'expression ultime excrémentielle de phénomènes sécrétoires internes se passant dans tout l'organisme.

Que cette substance entraîne avec elle au cours de sa formation et pour être éliminées avec elles, d'autres substances, reliquats plus ou moins toxiques de la nutrition générale et que l'organisme a intérêt à expulser, la chose paraît d'autant plus probable qu'une telle combinaison trouve de multip'es analogies dans les suppléances effectuées par d'autres émonctoires.

Quoi qu'il en soit, si le liquide menstruel est influencé dans sa composition par les actes nutritifs qui se passent dans les moindres parcelles de tissus éloignés, dans l'ovaire par exemple, on peut observer aussi que l'acte sécrétoire de la menstruation, dans ses moindres détails, exerce sur toutes les fonctions de l'individu une action puissante.

Depuis la morphologie du squelette, à l'âge du développement génital jusqu'aux phénomènes psychiques de la femme au déclin de la vie sexuelle, toutes les fonctions peuvent être déviées, altérées, troublées, dans leur mécanisme normal par le manque d'intégrité de l'émonctoire utérin.

Altération de l'épithélium et de l'endothélium utérin.—Il suffira d'une altération quelconque de l'endothélium vasculaire des capillaires de la muqueuse, ou de l'épithélium glandulaire pour que des éléments autres que les substances menstruelles, l'albumine, la fibrine, le fibrinogène, par exemple, filtrent et s'éliminent au dehors et pour que la menstruation soit pathologique et entraîne un degré plus ou moins marqué d'anémie.

Altération du sang.—L'altération épithéliale pourra être due à l'inflammation catarrhale, à une cause microbienne, à une compression quelconque ; elle pourra être due aussi à l'altération constante du sang lui-même, à l'anémie aiguë, au diabète, à la goutte qui pourront empêcher le phénomène secrétoire électif de l'endothélium de s'exercer.

Dans ces conditions les troubles observés seront plutôt dus à un excès d'élimination menstruelle.

Altération de la fonction nerveuse de l'utérus.—Tout différents seront les symptômes s'il existe un trouble de l'innervation médullaire, ou dans le système vaso-moteur de l'utérus.

Il peut exister une paralysie de l'organe utérin ou une incoordination entre l'influx nerveux et les réactions motrices, se manifestant sous forme de contractions spasmodiques, de relâchements brusques, ou d'un véritable tétanisme de l'utérus et s'opposant ainsi à une régulière élimination des produits sécrétés.

Altération de la fibre lisse de l'utérus.—La fibre musculaire lisse, de son côté, peut avoir perdu son pouvoir contractile à raison de dégénérescence fibromateuse, graisseuse ou autre, et indépendamment de toute altération nerveuse centrale, ou périphérique. Dans ces divers cas les excitations normales médullaires et sympathiques resteront sans réponses, et l'utérus congestionné demeurera inactif par incapacité nerveuse, musculaire ou sécrétoire.

Tous les degrés de ces diverses formes étiologiques pourront se manifester successivement ou simultanément pendant la même période menstruelle.

C'est ainsi qu'après un début normal de menstruation éclatera un arrêt brusque et par contracture suivie de spasmes, de relâchements utérins alternatifs et enfin d'une métrorragie profuse caractérisant le cycle habituel des troubles nerveux profonds dans le domaine de musculature volontaire ou lisse : contraction tétanique, secousses cloniques, paralysie.

Quelle que soit la forme qu'affectent l'arrêt de la menstruation et les détails de celle-ci, le syndrome général, qui résulte de l'absence du phénomène, se retrouve constant si l'on veut se donner la peine de le découvrir. Et puisque j'ai

cherché dans la fonction urinaire un parallèle de comparaison avec celle de la menstruation, il est logique que je compare aussi *l'urémie* avec la *ménorrhémie.*

L'urémie complète a été réalisée expérimentalement par Lépine, qui, faisant passer un courant de sérum artificiel sous pression au moyen de deux sondes placées dans les uretères, a refoulé dans l'organisme non seulement les éléments urinaires élaborés, mais la sécrétion interne du parenchyme rénal.

Les symptômes qui éclatent bientôt et qui aboutissent fatalement à la mort, sont ceux de l'intoxication aiguë par les poisons urinaires.

Sans avoir, et de beaucoup cette gravité de l'urémie, lorsque la menstruation a débuté, c'est-à-dire que les substances menstruelles destinées à être expulsées ont eu le temps de se former, de s'accumuler dans l'émonctoire utérin, et qu'une des causes énumérées vient entraver l action glandulaire de la muqueuse, la résorption inévitable de toutes ces substances par l'organisme détermine également, comme dans l'urémie ou comme chez les animaux vernissés, des symptômes de l'ordre des auto intoxications.

Si on les analyse, on reconnaît bientôt que ce sont surtout des troubles vasomoteurs et des troubles nerveux.

A. Vasodilatation, congestion passive des organes du petit bassin, et souvent de tout l'intestin ; palpitations cardiaques, bouffées de chaleur, mouches volantes, pâleur et rougeur subites, sueurs froides brusques, congestions viscérales diverses, gonflement mammaire, sécrétions glandulaires cutanées exagérées, congestion des cicatrices et des lésions dermiques (eczéma, nævus, angiome).

B. — Anorexie, nausées, vomissements, céphalalgie, courbature, zones douloureuses lombaire, sacrée, hypogastriques, fémorale, interscapulaire ; troubles pupillaires, somnolences, troubles de la thermo-genèse, troubles psychiques variés momentanés pouvant aller jusqu'à la démence chez les prédisposées.

Enfin, on remarque souvent un abattement considérable, une réelle incapacité au travail, et aussi une odeur *sui generis* spéciale, très désagréable, qui se dégage non seulement de l'air expiré mais aussi de toutes les sécrétions.

Tel est le tableau clinique général, le syndrome complet de la résorption menstruelle. Ce qui domine c'est la congestion passive, la vaso-dilatation : les malades sentent toute la région abdominale singulièrement gonflée et on observe d'ailleurs du météorisme intestinal ; il y a de la constipation alternant avec de la diarrhée. Les veines abdominales se dessinent nettement, la muqueuse vaginale est bleuâtre. Les fonctions digestives sont altérées. S'il existe concurremment une affection quelconque, celle-ci se trouve aggravée. Le tableau clinique de la maladie constatée la veille par le médecin est altéré dans son ensemble. On remarque une indécision de tous les symptômes, un déséquilibre absolu entre eux. Le diagnostic et le pronostic restent confus tant que la décharge utérine ne s'est pas produite, tant que dure l'auto-intoxication menstruelle. Les phlegmasies s'exagèrent, la température s'élève. Cependant, parmi les symptômes qui accompagnent la *ménorrhémie*, il en est qui ne sont pas d'ordre pathologique. qui existent seuls, qui dominent au contraire la scène lorsque l'écoulement cataménial s'effectue presque normalement ; ce sont les phénomènes d'excitation génésique, d'excitation musculaire, d'excitation sécrétoire, phénomènes assurément physiologiques qui révèlent l'influence utile, excito-motrice de la sécrétion menstruelle sur l'organisme, mais qui sont fréquemment masqués, altérés par la résorption cataméniale.

Passons en revue maintenant les périodes de la vie génitale où apparaissent le plus souvent les troubles dont je viens de parler.

Puberté.—Au moment où apparaissent les premières règles chez la femme, il semble que, dans la grande majorité des cas, l'utérus soit imparfaitement organisé pour leur élimination complète. Cette fonction reste mal équilibrée pendant une période de temps parfois fort longue, plusieurs années. Elle manque de périodicité, et on voit apparaître tantôt la métrorragie, tantôt la ménorrhémie

avec tout son cortège de symptômes décrits. Pendant ce temps l'hématopoièse est profondément troublée soit par les *toxines* non expulsées, soit par l'excès, la fréquence de la menstruation.

Je dis toxines, parce que les symptômes sont d'ordre toxique, parce que nous savons aujourd'hui que toutes les sécrétions, lorsqu'elles sont sur le point d'être éliminées, qu'elles n'appartiennent plus à la cellule vivante, acquièrent rapidement une toxicité extrême lorsqu'elles rentrent dans la circulation.

Les intoxications biliaires, urinaires, surrénales, thyroïdiennes, en sont des preuves cliniques et expérimentales

D'autre part, Charrin a montré que le sang de la femme, au moment de la menstruation, possède un maximum de toxicité. En outre, les expériences que je poursuis en ce moment sur l'action de l'extrait menstruel sur les mammifères, m'ont fourni assez d'éléments pour que le terme *toxine* soit ici justifié.

A la puberté donc, nous pensons avec Charrin que les troubles enregistrés appartiennent à une auto-intoxication d'origine génitale. Ce qui vient encore à l'appui de cette manière de voir, c'est la cessation de tous ces phénomènes lorsqu'une vie génitale plus intense, le mariage, par exemple, vient développer l'appareil génital, lui donner toute sa valeur, régulariser et compléter son activité fonctionnelle.

L'anémie des jeunes filles, si souvent rebelle à la thérapeutique martiale, ne guérit-elle pas spontanément avec le mariage ?

Cette phase nouvelle de la vie sexuelle apporte cependant avec elle d'autres occasions de déviation menstruelle.

Grossesse.—Le début de la grossesse caractérisé par l'aménorrhée, les nausées, les somnolences, les dégoûts, les troubles psychiques n'est pas selon nous, comme cela est soutenu encore de nos jours, un phénomène réflexe dû à la présence de l'œuf dans l'utérus. Sans méconnaître l'influence réflexe que peut avoir même un corps étranger dans l'utérus sur le sympathique et le pneumo-gastrique, j'ai la conviction que l'aménorrhée seule est l'origine causale des phénomènes dit sympathiques de la grossesse. Ceux-ci n'entrent-ils pas tous dans le tableau clinique de *ménorrhémie* ?

Chez la plupart des femmes, il s'établit peu à peu une accoutumance au poison menstruel ; les nausées, les vomissements, pour ne parler que de ce signe, cessent plus ou moins vite suivant les susceptibilités individuelles, suivant aussi la suppléance des autres émonctoires, la peau, le poumon, le rein, l'intestin.

Chez quelques-unes l'intolérance paraît absolue, les vomissements deviennent incoercibles. On ne leur rendra la santé qu'avec le retour de la fonction cataméniale, l'avortement est parfois nécessaire.

Chez d'autres enfin, il semble que les toxines génitales *s'accumulent* dans l'organisme, prêtes à exercer leur action non pas lentement, mais d'une manière foudroyante.

Accouchement.—Je pense que les accès d'éclampsie qui éclatent précisément au moment où l'utérus reprend sa fonction éliminatrice, c'est-à-dire au moment de l'accouchement, que ces accès, dis-je, sont sous la dépendance de ces toxines accumulées pendant toute la grossesse par suite d'un défaut d'émonction par les autres organes.

Toutes les lésions, si variables, si complexes, trouvées à l'autopsie de la mère et du fœtus éclamptiques, peuvent être et ont été rapportées à une intoxication d'origine inconnue. Cette origine me paraît être exclusivement menstruelle.

Des recherches expérimentales seules pourront dire ce que vaut cette théorie de la pathogénie de l'éclampsie que je soumets à votre appréciation.

Lactation.—Après l'accouchement, s'il n'y a pas d'allaitement, la mentruation reparaît bientôt, régulière, et tous les phénomènes toxiques s'évanouissent.

Si, au contraire, la sécrétion lactée est utilisée par l'enfant, l'aménorrhée est constante. La nutrition générale de la nourrice paraît bien équilibrée dans ces conditions ; la fonction génitale semble complètement abolie au profit de

l'activité des glandes mammaires. Mais que la menstruation réapparaisse en ce moment chez la nourrice, et j'ai pu me convaincre que cela se produit souvent après la reprise de la vie sexuelle, notamment vers la fin de la lactation, et brusquement se manifestent chez la nourrice et le nourrisson des signes pathologiques, sur lesquels mon maître, M. Budin, a si bien attiré l'attention dans une communication à la Société obstétricale de France.

La céphalalgie, l'abattement, des troubles digestifs et une diminution notable de la sécrétion lactée en quantité et en qualité s'observent chez la nourrice ; des vomissements, de la diarrhée, de l'amaigrissement chez l'enfant. Faut-il insister à nouveau ici sur l'étiologie de ces phénomènes ? Avec le retour de la fonction génitale s'effectue de nouveau la sécrétion génésique interne et comme celle-ci s'élimine mal, chez la nourrice, par une menstruation vraisemblablement insuffisante, il s'établit une résorption plus ou moins marquée de ses toxines, résorption capable d'altérer la sécrétion mammaire et par suite les voies digestives de l'enfant et de nécessiter le sevrage.

Enfin, au déclin de la vie sexuelle, lorsque les lésions de sénescence viennent entraver petit à petit les actes sécrétoires de l'appareil génital, on assiste au développement du tableau clinique de la ménopause. Il est lent ou brusque suivant les conditions anatomiques de l'utérus et des autres glandes du corps. Il apparaît dans toute sa gravité essentielle ou il aggrave particulièrement l'une ou l'autre maladie constitutionnelle de la femme.

Je ne m'arrêterai pas à en décrire les multiples manifestations ; cela a été fait tout récemment dans le bel ouvrage si complet et si intéressant de Leith Napier. Qu'il me suffise de rapporter les symptômes de la ménopause à la même pathogénie que les troubles que nous venons d'étudier. Cette conception étiologique se justifie d'autant mieux que l'on a pu, dans ces dernières années, l'observer, la vérifier sur des milliers de cas de ménopause précoce, artificielle, créés par l'hystérectomie totale.

En effet, si à une époque de la vie qui correspond à l'extinction physiologique de la sécrétion sexuelle interne, la sénilité génitale empêche la menstruation de s'éliminer facilement, à plus forte raison la castration utérine, effectuée en pleine activité sexuelle, viendra-t-elle nous montrer les symptômes de l'auto-intoxication menstruelle.

Les phénomènes de déviation du chimisme nutritif observés chez les castrats féminins, chez les femmes atteintes de ménopause, comme chez celles où l'appareil sexuel a subi une anomalie congénitale de développement (infantilisme, nanisme, gigantisme, hormaphrodisme), montrent clairement la signification du rôle nutritif que joue l'utérus comme organe glandulaire chez les mammifères.

(*L'obstétrique*)

Du traitement abortif de l'uréthrite blennorragique.—M. le Dr Paquet a publié, dans le *Nord Médical*, un article sur le traitement abortif de la blennorragie uréthrale. On sait que trois méthodes ont été préconisées dans ce but : le nitrate d'argent à hautes doses, les solutions antiseptiques faibles, enfin le permanganate de potasse. M. Paquet, se basant sur les travaux de l'École de Necker et sur des faits personnels qu'il rapporte, rejette les deux premiers moyens et conseille les lavages au permanganate de potasse à 1/2000, jusqu'à disparition complète des gonocoques, suivis de lavages au nitrate d'argent de 1/2000 à 1/500 jusqu'à sécheresse absolue du canal. Cette méthode ne doit être employée que lorsque l'uréthrite est encore cantonnée à l'urèthre antérieur, c'est-à-dire pendant les 18 premières heures de l'écoulement. Passé ce temps, on s'exposerait à des insuccès ou à des complications du côté de la prostate, de la vessie ou des testicules.

REVUE D'HYGIÈNE

L'EFFICACITÉ DE LA VACCINATION

La variole fait une nouvelle apparition à Montréal, venant jusqu'ici de source inconnue. Au moment où nous écrivons cet article, on compte cinq cas bien caractéristiques, dont trois sont morts : le capitaine Goddard, un jeune Charbonneau et le bébé St-Ours. Il est fort probable que de nouveaux cas vont se déclarer, car nous ne croyons pas que le département d'hygiène de la ville puisse lutter avec la rapidité et l'efficacité voulues contre l'hostilité têtue et malveillante des parents des malades. Nous voyons, en effet, par les journaux de ce soir, que la femme St-Ours est disparue de l'hôpital civique, et que la femme Irwing, dont le petit garçon est atteint de variole, est allée avec ses autres enfants se placer dans un hôtel de cette ville. On se rappelle que les parents du jeune Charbonneau avaient fait venir de St-Lin une femme et sa fille, des parents ou des amis, pour avoir soin du jeune malade. La bêtise humaine est sans limite et se renouvelle constamment.

En 1885, l'année de néfaste mémoire, la mortalité totale pour la ville de Montréal fut de 7,825, *dont* 3,164 *de variole*. Depuis, en 1891, la terrible maladie tenta d'envahir la province ; mais grâce à l'intervention énergique du Conseil Provincial d'Hygiène, elle fut enrayée rapidement. Il y eut 151 cas, dont 30 moururent. Nous conseillons beaucoup à nos lecteurs de relire, dans le premier rapport du Conseil (1895), l'histoire de la fille Bujold, qui dissémina la maladie depuis Sherbrooke jusqu'à Bonaventure (page 25) ; elle est instructive à plus d'un point de vue. Au mois de janvier 1896, un cas de varioloïde fut signalé à St-Armand, sur la frontière américaine, et demeura solitaire. La présente éclosion de la maladie a commencé dans les premiers jours de juillet.

Inutile de dire que si elle devait s'étendre davantage, le résultat serait désastreux. Maintenant, beaucoup plus qu'en hiver, les relations entre voisins sont faciles et fréquentes, de même qu'entre les populations urbaines et rurales, et facile aussi, par conséquent, est la propagation des maladies contagieuses. La marche d'une épidémie ne pourrait être que rapide, et très probablement meurtrière. Le commerce, qui commence à se relever, immédiatement s'en ressentirait, et certaines organisations, comme, par exemple, la réunion de l'Association Médicale Britannique, seraient fort compromises. La présence du drapeau jaune sur une ville se traduit toujours par une perte de vies et par une perte d'argent.

Il est donc de la plus grande importance d'empêcher la propagation de la variole. Et l'on n'y réussira pas simplement par l'isolement et la désinfection, qui sont certes très nécessaires, mais qui sont avant tout des moyens d'organisation publique. Pour nous, le moyen le plus efficace, parce que c'est à la fois un moyen social et un moyen individuel, c'est la vaccination.

Nous avons déjà parlé longuement, au mois d'avril de l'année dernière, de cette question. (1). Vers la même époque, le 14 mai, date du centenaire de la découverte de Jonner, le professeur Adami, dans une conférence faite aux médecins qui suivaient à McGill les cours du *Post graduate*, disait à ce sujet :

" Mais nous pouvons affirmer avec certitude, premièrement, qu'une seule

(1). *L'Union Médicale du Canada*, 1896, page 232.

vaccination protège contre la picote pour au moins quatre ans, et pour une plus longue période chez la moitié des individus; deuxièmement, que la re-vaccination réduit à presque rien la possibilité de l'infection par la picote ; troisièmement, que l'individu vacciné, et *a fortiori* re vacciné, s'il est atteint par la picote, ne contracte qu'une forme bénigne et modifiée de la maladie; quatrièmement, que l'emploie de la lymphe de veau glycérinée et bien préparée est le moyen d'introduire dans l'économie un virus non contaminé et de réduire au minimum les troubles érysipélateux ou autres, lesquels, lorsqu'ils existent, *sont dûs à un manque de propreté individuel*, et non à la lymphe inoculée."

La preuve de l'efficacité de la vaccination, pourvu que cette vaccination soit renouvelée en temps opportun, n'est plus à faire. La diminution si considérable de la mortalité par la variole, à la suite de la pratique obligatoire de la vaccination dans les pays civilisés, et cela malgré l'existence continuelle de cas sporadiques de la maladie, est peut-être l'un des faits les plus frappants prouvés par la statistique contemporaine. Le *British Medical Journal*, dans un article intitulé : "Un siècle de vaccination," et publié dans le numéro commémoratif du centenaire de Jenner, nous donne quelques chiffres intéressants à parcourir, sur la mortalité causée par la variole dans les différents pays d'Europe, mortalité calculée par million d'habitants.

LE DIAGNOSTIC DE LA VARIOLE

I.—AVANT L'ÉRUPTION

La variole, au stade d'invasion, peut être confondue avec la plupart des pyrexies à début rapide.

Pneumonie Pleurésie	Néphrite aigue infectieuse.	Myélite aigue.	Fièvre typhoïde.	Grippe a forme nerveuse.	Érysipèle	Scarlatine	Rougeole
Seront facilement reconnues au point de côté, aux troubles fonctionnels du poumon et à leurs signes physiques.	Se distinguera par l'intensité moindre de la fièvre, les altérations qualitatives et quantitatives de l'urine, l'existence de l'œdème.	Peut être confondue avec la paraplégie du debut de la variole. N'a pas l'ascension thermique si brusque, la céphalalgie et les vomissements de la petite vérole S'accompagne plus souvent d'anesthésie, de troubles du rectum et de la vessie. La paraplégie variolique disparait au bout de 2 ou 3 jours, au moment de l'apparition de l'éruption.	Le reconnaitra à son début généralement moins brusque, à la marche de la température, à l'aspect de la langue, aux troubles intestinaux.	Lorsqu'elle existe épidémiquement avec la variole et s'accompagne d'éruption peut très bien induire en erreur, et parfois l'apparition de l'exanthème vario. leux typique viendra seule éclairer le diagnostic.	L'inflammation de la peau et les adénites existent déjà lorsque apparaissent le frisson et la fièvre.	Élévation brusque et considérable de la température, angine spéciale, absence de lumbago, apparition rapide de l'éruption. Le rash scarlatiniforme sera quelquefois presque fatalement confondu avec l'éruption scarlatineuse : il se localise dans les aines, les aisselles aux hypogastres et n'existe pas à la face.	S'accompagne de frissons courts et répétés, de catarrhe des muqueuses (nasale, oculaire, larynge-bronchique intestinale), et d'épistaxis. L'éruption est tardive, n'a lieu que le 4e ou 5e jour de la maladie ; elle débute à la face. Le rash morbilliforme de la variole respecte la face et apparait le 2e ou 3e jour de l'affection.

En Angleterre, elle était, cette mortalité, avant la découverte de Jenner, de 2,000. Elle tombe, avec la vaccination facultative, à 417, de 1838 à 1853, et à 154, de 1853 à 1871. Cette année-là la vaccination est rendue obligatoire, et la mortalité tombe à 53, puis à 26, par million d'habitants. Nous sommes loin des 2,000 du siècle dernier, et cependant combien plus faciles sont les communications.

La Prusse est allée encore plus loin. Avec la vaccination facultative, la mortalité était de 309. La loi de 1874 oblige de vacciner tous les enfants nés sur le sol allemand avant l'âge de deux ans, et de *revacciner* tous les enfants lors de leur admission à l'école. Dès cette époque, la mortalité tombe à 15, et elle est, depuis 10 ans, de 7. Depuis cette époque aussi tout soldat qui rentre à l'armée est revacciné de nouveau, et il n'y a pas eu, depuis lors, un seul cas de décès dans l'armée allemande. Et l'on sait que cette armée est nombreuse. Nous reproduisons un schéma donnant la mortalité de l'armée prussienne comparée à celle de l'armée autrichienne; ce schéma, dressé par la Commission Allemande, sur la vaccination, en 1884, est cité par le professeur Adami, dans sa conférence de l'année dernière, et reproduit dans le numéro d'août 1896, du *Montreal Medical Journal.* La vaccination n'est pas obligatoire en Autriche, et ce pays jouissait encore, il y a quinze ans, d'une mortalité par la variole de 580 (1847-1882).

De même la Belgique, où la mortalité, de 1875 à 1884, a été de 441.

Tandis qu'en Suède, où la vaccination est obligatoire depuis le début de ce siècle (1817), la mortalité par la variole est devenue insignifiante.

LE DIAGNOSTIC DE LA VARIOLE

II.—PENDANT L'ÉRUPTION

Rougeole boutonneuse	Syphilis varioliforme	Herpès généralisé	Vaccine généralisée spontanée	Varicelle	Scarlatine
La connaissance des symptômes du début sera d'un utile secours, mais parfois insuffisante, à la phase maculo - vésiculeuse, pour fixer le diagnostic, de sorte qu'il sera toujours prudent en pareil cas d'isoler le malade avec le plus grand soin. Le stade de suppuration fera reconnaître la variole.	Diagnostic facile lorsqu'il n'y a pas de fièvre. Peut être précédée et accompagnée de fièvre forte et de symptômes généraux intenses : courbature, prostration, céphalalgie, etc. Le diagnostic reposera sur l'apparition de l'éruption par poussées successives et surtout sur l'évolution ultérieure des symptômes.	Les vésicules sont groupées en îlots sous forme de plaques à contours polycycliques : la marche des accidents n'est pas, d'ailleurs, celle de la variole.	Due au transport du virus par voie sanguine après vaccination. Durant une épidémie, on peut se demander si ce n'est pas véritablement la variole. L'éruption n'apparaît que vers le 7e ou 8e jour, et n'est annoncée que par des phénomènes généraux légers. De plus, la vaccine ne détermine jamais d'angine Elle n'est pas contagieuse.	Forme ordinaire : symptômes d'invasion bénins, début de l'éruption sur le tronc, forme un peu allongée des bulles, éruption par poussées successives, presque sans fièvre, absence de suppuration.	Ne pourrait être confondue qu'avec la variole hémorrhagique. L'erreur, possible au début, ne persiste jamais longtemps. Le diagnostic de la variole hémorrhagique précoce, foudroyante, est presque toujours impossible.

Nota.—Ces tableaux ont été préparés d'après l'article Variole de B. Auché, dans le *Traité Méd cine et de Thérapeutique.*

L'Italie, depuis 1888, a imité la Prusse, et a rendu obligatoires la vaccination et la revaccination des enfants. Seulement l'application de la loi est plus difficile dans ce dernier pays, et la mortalité est de 100.

Ceci confirme pleinement ce que disait le Secrétaire du Conseil Provincial d'Hygiène, dans son rapport de 1895. "C'est dans la vaccination et la revaccination seules, écrivait-il, que se trouve la protection la plus sûre et la plus efficace contre la contagion de la variole. Aujourd'hui, ceux qui meurent de la variole en meurent par leur faute, car ils ont, à leur disposition, le moyen de s'en préserver. Si la pratique de la vaccination était plus répandue parmi nos populations, on aurait moins à craindre de la variole épidémique, et il deviendrait plus facile pour les pouvoirs publics d'en prévenir les désastreux ravages." (1).

Un fait caractéristique cité par Parkes dans son livre *Hygiene and public health*, c'est que les personnes ayant déjà été vaccinées, même depuis longtemps, résistent beaucoup mieux à la maladie que celles qui n'ont jamais été vaccinées. Et il le prouve par la mortalité dans les hôpitaux de Londres, lors des épidémies de 1871 et 1881. Pour la facilité de la lecteure, nous mettons en tableau le schéma qu'il publie.

PATIENTS AU-DESSOUS DE 15 ANS.

	Nombre de cas de variole	Mortalité
Malades non vaccinés	386	37 0/0
Malades ayant 1 ou 2 mauvaises marques	222	4 0/0
Malades ayant 1 bonne marque	76	0
" " 2 bonnes marques	44	0
" " 3 " "	70	0

PATIENTS AU-DESSUS DE 15 ANS

	Nombre de cas de variole	Mortalité
Malades non vaccinés	174	38 0/0
" ayant 1 ou 2 mauvaises marques	483	10 0/0
" " 1 bonne marque	141	6.4 0/0
" " 2 bonnes marques	151	4.6 0/0
" " 3 " "	100	2 0/0

Il semblerait, d'après ces tableaux, que non seulement la vaccine protège pour 4 ou 7 ans, mais qu'elle agit souvent encore au-delà, et rend moins graves les suites de la variole. Cela suffit amplement à prouver son efficacité.

Maintenant, un dernier fait pour démontrer les ravages que peut exercer la variole dans un milieu non vacciné. Nous voulons parler de la récente épidémie de Gloucester, Angleterre, citée dans le *Medical Standard* (mars 1897 De 1886 à 1894, le nombre des vaccinations publiques était tombé de 1,09 à 34, et le total n'en avait été, en 10 ans, que de 2,378, bien que durant la mêm période il fut né à Gloucester 15,682 enfants, dont 3,176 seulement étaient mort L'épidémie commença par un cas de picote chez un enfant non vacciné q fut tenu secret et traité comme un cas de rougeole. La fin de l'épidémie ne f

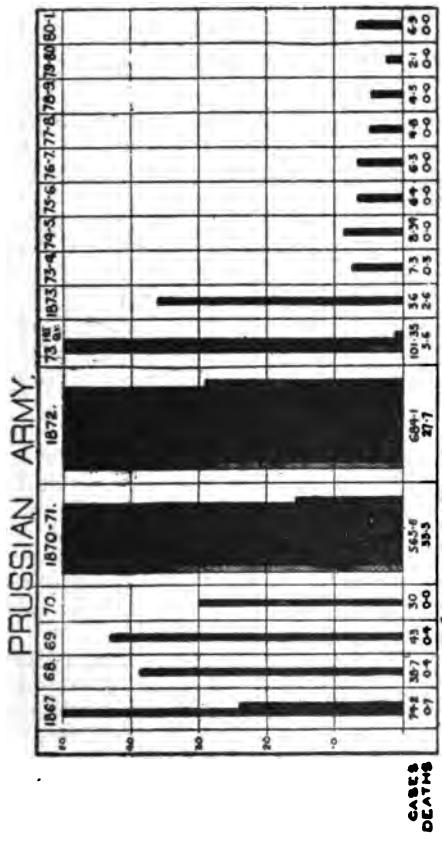
(1) Rapport du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec, 1895, page 28.

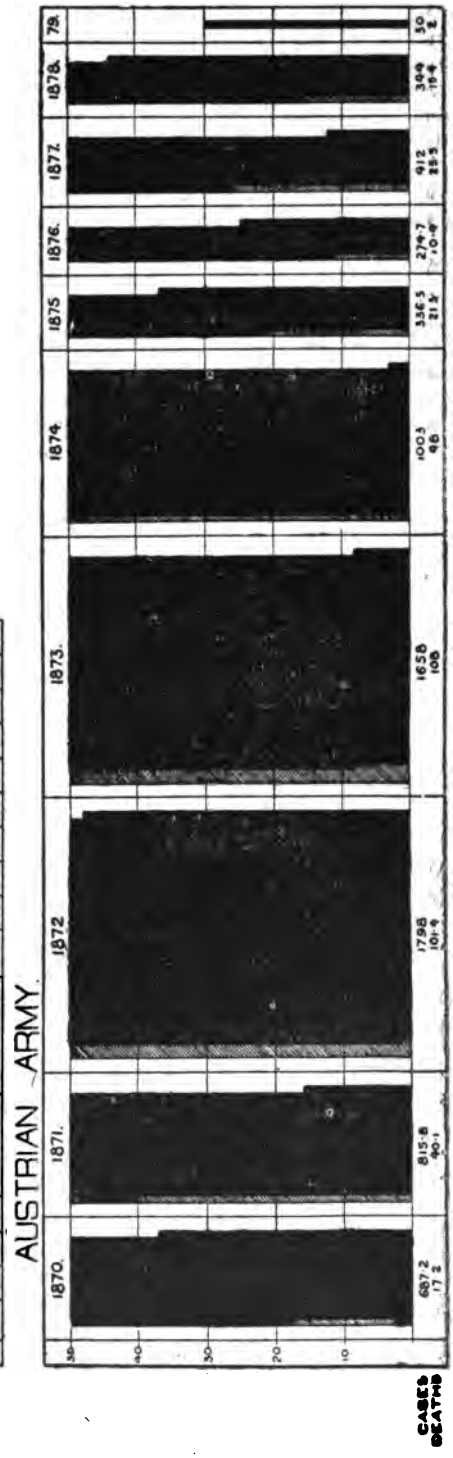
DIAGRAMME

FAISANT VOIR

LE NOMBRE DE CAS DE VARIOLE ET LA MORTALITE PAR 100 000.

(La vaccination dans l'armée prussienne est rendue obligatoire en 1872; elle ne l'est pas dans l'armée autrichienne.)





amenée ni par l'isolement effectif, ni par épuisement de la virulence de l'infection. Quand la ville commença à être *boycottée*, les citoyens en appelèrent aux médecins, et les médecins répliquèrent que l'isolement, la vaccination et la revaccination étaient les nécessités du moment. Finalement, les officiers vaccinateurs reçurent l'ordre de mettre la loi à exécution. Plus de 36,000 vaccinations eurent lieu. L'épidémie en mai était sous contrôle, et complètement éteinte en juillet. Sur une population de 40,000 environ, 2,036 personnes avaient été atteintes, dont 443 étaient mortes, une mortalité de 22 0/0 environ. Les échevins poursuivent maintenant les vaccinateurs en défaut avec une énergie aussi grande qu'était d'abord leur indifférence première.

Espérons que nous ne verrons pas cette histoire se répéter à Montréal. Mais nous ne saurions le dire avec trop de force, c'est au médecin qu'incombe le premier et le principal devoir lorsqu'apparaît un cas de variole : établir un diagnostic juste et avertir rapidement les autorités sanitaires au moindre soupçon. C'est à lui de prévenir la famille qu'elle doit s'isoler immédiatement, se désinfecter et prendre toutes les mesures efficaces pour ne pas propager la maladie. C'est à lui d'enseigner comment se fait l'isolement, comment se fait la désinfection. C'est à lui de voir à ce que toutes les autres personnes soient immunisées immédiatement par la vaccination. Le médecin est le principal éducateur du public, sur ces questions ; c'est dans son rôle. Il gâte sa profession si, par complaisance, par intérêt peronnel ou simplement par indifférence, il cultive de son plein gré les préjugés populaires et contribue à les faire vivre. Le médecin qui n'avertit pas ses clients du danger, ne leur montre pas ce qu'ils ont à faire et n'avertit pas les autorités pour qu'elles lui viennent en aide, prend sur lui une grave responsabilité, d'autant plus grave qu'il manque à tous ses devoirs d'homme instruit et de citoyen.

LA PRATIQUE ANTISEPTIQUE DE LA VACCINATION.

La vaccination doit être faite avec la plus grande propreté si l'on veut éviter tout accident.

Les précautions à prendre concernent le vaccin, les instruments et la personne vaccinée.

1° Vaccin.—S'assurer que le vaccin est de bonne qualité en le faisant venir directement d'un Institut Vaccinogène recommandé, ou en l'achetant d'une personne, pharmacien ou autre, pouvant donner des garanties suffisantes.

Garder les pointes bien enveloppées dans de l'ouate aseptique ou dans leur étui, et ne les mettre à jour qu'au moment de s'en servir.

Ne jamais prendre une pointe de vaccin entre ses mains avant qu'elles ne soient très propres. Eviter de toucher du doigt le bout chargé de la pointe.

Une pointe ayant servi une fois doit être jetée définitivement.

2° Instruments.—Il est essentiel de tenir le vaccin, la lancette et tout ce qui peut servir à la vaccination à l'abri de la poussière et dans un endroit très propre.

On peut gratter, si l'on veut, avec la pointe. Si l'on emploie une lancette, elle ne devra pas servir à autre chose, et être, avant chaque opération, lavée avec de l'eau qui bout.

3° Personne vaccinée.—Les scarifications sur la peau doivent être peu profondes, de manière à ne faire sortir, si possible, que le sérum sanguin, ou au moins très peu de sang.

Avant de faire les scarifications, il est *absolument nécessaire* de laver le bras très proprement et de rendre la peau aussi nette et aseptique que possible.

Lorsque le vaccin est séché, on placera autour du bras un linge très propre, de préférence en vieille toile, que l'on fera renouveler tous les deux jours.

FORMULAIRE

VARIOLE

Traitement hygienique.

Chambre : bien aérée, dégarnie et pas trop chaude.

Lit : changer souvent les draps.

Peau : dès que le diagnostic est posé, faire prendre au malade un grand bain tiède dans lequel on verse quelques cuillerées d'une solution alcoolique de sublimé. On évite ainsi les infections secondaires : abcès, phlegmons, lymphangites.

Bouche : irrigation de la bouche et de la gorge avec une solution antiseptique faible (acide borique).

Borate de soude	} ãã 4 drachmes.	
Bicarbonate de soude		
Acide carbolique	1½	"
Glycérine	14½	"
Eau ad	8 onces.	

Yeux : si la moindre rougeur y apparaît, les laver aussi avec de l'acide borique.

Aliments : diète liquide (bouillon, lait, limonade, vins, tisanes, etc.)

Traitement médical.

1°.—Période d'invasion.

Rachialgie : frictions calmantes, en évitant d'irriter la peau.

Vomissements : morceaux de glace, eau de Seltz.

Constipation : lavements et laxatifs légers.

Peau : favoriser l'éruption par des boissons sudorifiques chaudes et des doses d'acétate d'ammoniaque.

Troubles nerveux : chloral et bains tièdes.

2°.—Période d'éruption.

Continuer l'hygiène et les soins généraux.

Traitement local de l'éruption.

Appliquer sur la peau de la vaseline additionnée d'acide borique et de salol. Ou bien :

Ichthyol	2½	drachmes.
Huile d'amandes douces	14	"
Lanoline	4	"

(KOLBASSENKO).

Maintenir sur le cuir chevelu et la barbe des compresses humides trempées dans une solution faible de sublimé (1 : 4,000).

Si l'éruption est très abondante, on peut faire précéder les pansements de pulvérisations d'eau tiède chargée d'acide phénique.

R	Glycerine	70	parties.
	Amidon	30	"
	Acide salicylique	3	"
	Faire une pâte		

Sig.—Enduire un masque de gaze de cette pâte et l'appliquer sur la figure.

3°.—Période de suppuration.
Fièvre : sels de quinine.
Adynamie : alcool, caféïne.
Symptômes nerveux : chloral, opiacés, bains tièdes.

Dans un cas grave de variole, on peut utiliser le traitement du Dr Castel : *opium* à l'intérieur et *éther* en injections hypodermiques. Dans les formes hémorrhagiques, petites doses de *perchlorure de fer.*

Complications oculaires. Les pustules de la conjonctive et de la cornée seront touchées avec un pinceau imbibé d'une solution de nitrate d'argent. Lavage à l'eau boriquée chaude.

En résumé : le médecin doit remplir deux indications : d'une part, soutenir l'état général, combattre les accidents qui peuvent survenir, l'hyperthermie, le délire, etc., et, d'autre part, chercher à modérer, autant que possible, la suppuration et à éviter ainsi les complications qui sont sous sa dépendance.

OETTINGER

Traité de thérapeutique appliquée.

PROPHYLAXIE DE LA VARIOLE

Désinfection du logis.

1°.—Avant de faire la fumigation, placer dans les solutions désinfectantes tout ce qui doit être ainsi désinfecté.

2°.—La désinfection des surfaces ne s'obtient que par la fumigation au soufre des chambres et demeures infectées.

3°.—Lorsque la fumigation au soufre est terminée, on maintiendra sous scellé les chambres contenant des objets qui doivent être traités à la vapeur ou à la formaline.

4°.—Brûler les objets infectés qui n'ont aucune valeur.

5°.—Transporter, dans des véhicules spéciaux et appropriés, les objets infectés, après les avoir fumigés ou placés dans des sacs protecteurs.

6°.—Solutions désinfectantes autorisées :

	Force par gallon	Coût par gallon
Sublimé	1 drachme	1 centin.
Acide carbolique	4 onces	20 centins.
Chlorure de chaux	6 "	½ centin.
Formaline	1 once	2 centins.

7°.—On emploiera ces solutions pour tout ce qui doit être désinfecté plus profondément qu'à la surface, ou bien les objets seront placés pendant 30 minutes dans une chambre à vapeur, dont la température est portée à 212 et 240 F., ou traités, dans une chambre, à la formaline pendant 6 heures.

CONSEIL PROVINCIAL D'HYGIÈNE.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - *Dr J. B. A. LAMARCHE*

Rédacteur en chef : - *Dr E. P. BENOIT*

MONTRÉAL, AOUT 1897

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ENCORE LE "MONSIEUR" de la "CLINIQUE"

Nous sommes pris de la manie de mordre, le Monsieur de la "Clinique" e déclare, et mordu, il a dû l'être jusqu'au sang, car il ne sait plus à quel saint se vouer pour faire oublier ses phénoménales cabrioles

Sa belle arrogance du mois de juin s'est transformée, au mois de juillet, en flagornerie aussi insipide que ses fameuses épices.

Sous prétexte de les venger des insultes de Paul, Monsieur lance à la tête de quelques-uns de ses collègues du Bureau, des compliments cousus d'un fil blanc qui n'a rien de commun avec la ficelle invisible et magique.

Pour arriver à son but, tout en se conformant aux règles de la bienséance la plus élémentaire, il tronque, tout simplement, une partie de notre article du mois de mai.

Nous avions écrit, en parlant de l'absurdité du système de votation actuel :

" Comment se fait-il que tous les médecins mêlés à la politique, précisément " ceux qui ont le moins d'indépendance et de loisirs à consacrer aux intérêts " professionnels, ont formé et forment partie du Bureau. C'est bien simple à " expliquer ! On veut donner un gouverneur à tel comté ; mais diantre com- " ment choisir, on ne connaît aucun médecin dans ce district. Ah ! tiens, le " Dr A. est député, le Dr B. est conseiller législatif, peut-être même sénateur, " il ne s'occupe plus de pilules. Qu'importe, on le bombarde gouverneur du " C. M. & C. P. Q. "

Nos lecteurs voient-ils là quelques insinuations contre la dignité de médecin, les qualifications professionnelles des gouverneurs politiciens ? Non ! Eh ien ! Monsieur nous fait dire qu'ils doivent leur élection au Bureau "*non à eurs qualités professionnelles, mais au fait brutal de leur popularité politique,*" et :herche à établir son point en citant la dernière phrase du passage reproduit ılus haut.

Monsieur comprenait d'autant mieux qu'il s'agissait là d'un cas isolé, qu'il a cru le Dr Ross visé et l'a roulé dans les fleurs : histoire de le venger.

Même des gens réputés très habiles ont des moments d'oubli, et l'hon. Dr Ross n'a pas dû être flatté outre mesure de l'obséquiosité indiscrète de son panégyriste.

Notre bel ami s'est simplement trompé d'adresse, car nous sommes en bonne compagnie pour insulter des "politiques de mérite."

En écrivant la phrase incriminée, nous avions présent à l'esprit un discours du Dr Marcil, publié à la page 699 de la "Clinique," juillet 1896.

"S'il n'y a pas de tarif, disait l'hon. Dr Marcil, c'est la faute non du Collège "mais d'un médecin alors gouverneur de la province qui a mis son veto sur ce "tarif, le trouvant trop élevé, *lui qui ne pratiquait plus sa profession depuis nombre d'années et qui ne connaissait aucunement les besoins de ses confrères.*"

Le croiriez-vous, ce médecin, "qui ne connaissait aucunement les besoins de ses confrères," était à la fois lieutenant-gouverneur de la Province et gouverneur du Bureau.

C'était là une superbe occasion, pour l'écrivain de la "Clinique," de développer sa thèse *sur le dévouement aux affaires..... des autres*, et venger le Dr Robitaille des insultes du Dr Marcil !...

Mais non, il savait, par expérience, qu'il en cuit de s'attaquer à plus fort que soi, et réserva ses foudres de fer-blanc pour Paul, de l'*Union Médicale*,—on voit avec quel succès !

Notre aimable ami ne se contente pas de tronquer les textes, il les falsifie encore effrontément.

Ainsi, il a l'audace d'écrire, en italique, pour mieux jeter de la poudre aux yeux !

"*Ils ne s'occupent plus de pilules*, dit Paul."

Vous voyez le truc. Cette incidente dans notre article (voir citation), es au singulier et se rapporte grammaticalement et logiquement au mot sénateur qui la précède ; en la mettant au pluriel cela lui permet de dire aux gouverneurs livrés à la politique : mes chers collègues, on vous insulte.

Le procédé est digne d'un homme qui a toujours sur les lèvres les mots de respectabilité, honorabilité, vérité, etc. Le dernier rastaqouère de la presse ne dédaignerait pas ce système de polémique. Que voulez-vous ? quand on change d'opinion très souvent, on peut se permettre, en conscience, de changer une petite phrase dans l'article d'un adversaire. Chacun sa manie : Monsieur a la manie du changement.

Nous n'avons rien à redire au sujet des compliments dont Monsieur inonde ses collègues. Ces flagorneries hyperboliques ont dû, toutefois, amuser plusieurs intéressés que nous savons malins.

Notre bel ami prend aussi la liberté de nous donner des conseils ! Si nous ne cessons d'écrire il fera sortir la vérité de son puits, (certes, il est plus que temps) et cette déesse armée de verges nous flagellera avec un entrain que nous ne connaissons pas encore.

Allez ! Allez ! Monsieur, tapez fort et tapez dru. Nous nous réservons simplement le droit de rendre votre change, et avant longtemps il y aura des

épaules plus endolories que les nôtres, si l'épiderme est encore susceptible de quelque impression.

Paul, Médicus, Benoit, Sirois ne s'en laisseront pas imposer par les tarasconnades du Tartarin de la " Clinique, "—Prenez-en votre parti.

Le même numéro de la "Clinique" annonce la publication du premier catalogue de la bibliothèque, *fondée l'année dernière par les soins du* REGISTRATEUR. Ouf!...

Nous prendrons occasion de l'apparition de ce catalogue pour démontrer, une fois de plus, comment certains membres du Bureau respectent les volontés de la majorité de leurs collègues et quels soucis ils savent prendre des désirs de la profession.

Lisez :

A une réunion du Bureau, tenue le 30 septembre 1896, M. le Dr Beausoleil présenta le rapport du comité de la Bibliothèque, dont les conclusions sont énoncées dans la motion suivante :

" Que le Collège des Chirurgiens vote au Comité de la Bibliothèque la " somme de $500 pour servir à faire relier les volumes, à louer un local, à faire " les règlements de la dite Bibliothèque et faire imprimer le catalogue, dont un " exemplaire devra être envoyé à chaque médecin de la Province. "

Cette proposition fut rejetée et l'amendement suivant adopté par un vote de 20 contre 12 :

" Que cette question qui intéresse tous les médecins de la province soit " renvoyée à la prochaine assemblée triennale en juillet 1898 où tous les méde- " cins auront le droit d'exprimer leur opinion sur ce sujet."

Le Bureau faisait preuve de tact et d'intelligence en adoptant cette motion : il importe, en effet, de consulter la profession avant de se lancer dans une entreprise dont personne peut prévoir les résultats utilitaires et financiers.

Cependant, à la séance de l'après-midi, le collège vota, sur division, une somme de "$200 dollars *pour faire relier les thèses de la Faculté de Paris et en prendre soin jusqu'à la prochaine assemblée triennale.*"

Qu'on remarque bien les termes de cette motion : $200 *pour faire relier les thèses et en prendre soin jusqu'à la prochaine assemblée triennale.*

Eh bien ! malgré le refus formel du Collège d'autoriser non seulement l'impression d'un catalogue, mais encore de se prononcer sur le principe même de la fondation d'une bibliothèque, on nous annonce pompeusement l'impression de ce catalogue et la fondation d'une bibliothèque, *grâce aux soins du registrateur.*

Peut-on se jouer aussi impunément de nos représentants ? Peut-on afficher un dédain plus insultant pour la profession toute entière ? Et c'est en face de tels abus qu'on voudrait nous baillonner ?

Nous avertissons les Gouverneurs : il est de leur devoir de ne pas plier le cou sous l'injure, mais de tenir personnellement responsables des dépenses encourues celui ou ceux qui ont foulé aux pieds les décisions du Bureau.

DR PAUL.

L'ASSEMBLÉE DE JUILLET DERNIER

Nos gouverneurs se sont assemblés en juillet dernier et ont procédé dans leurs délibérations avec un peu plus de méthode que l'année dernière.

Le lundi, le comité des créances a examiné les papiers des candidats à la licence. "Ceux dont les irrégularités n'étaient pas irrémédiables nous dit le chroniqueur ordinaire du Bureau, dans les *Nouvelles* du 11 juillet, ont été admis à l'examen."

Parmi ces irrégularités *qui ne sont pas irrémédiables* pour le Bureau, nous citerons : 1° l'absence de brevet ; 2° l'absence de diplôme. C'est ainsi qu'un médecin revenu des Etats-Unis va maintenant pratiquer parmi nous sans avoir subi la formalité ennuyeuse des quatre ans de brevet, formalité par laquelle ont passé ses confrères de la province de Québec. Il serait intéressant de publier la liste complète de tous les médecins sans brevet ou sans diplôme qui, depuis six ans, ont été admis à la pratique dans notre province. On pourrait juger ainsi du soin avec lequel nos intérêts sont protégés.

Le mardi, le comité d'examens a siégé, et, nous dit le chroniqueur des *Nouvelles*, l'examen de cette année ne ressemble en rien à la farce d'autrefois. C'est encore étonnant qu'on l'admette.

Le mercredi, assemblée générale des gouverneurs, qui a duré deux heures. Le résumé des débats, c'est que le comité de législation, qui existe depuis trois ou quatre ans, *remettra* à l'étude un projet de loi sur : 1° l'exercice illégal de la médecine ; 2° la création d'un conseil de *discipline* ; 3° l'adoption d'un tarif minimum ; 4° les règlements des sages-femmes, et fera rapport à l'assemblée de l'automne prochain. Le Bureau s'adressera ensuite à la législature de Québec.

Voilà bien des fois que le comité de législation recommence ses études. Cest à peine si nous venons de recevoir une copie de la Refonte des Statuts, Règles et Règlements du Bureau (1896). Mais n'importe : nous espérons, pour l'honneur de la profession, que nos gouverneurs auront l'obligeance, avant de s'adresser à la législature, de bien mettre leurs mandataires au courant de ce qu'ils veulent faire. C'est là le premier de leurs devoirs.

Traitement de l'eczéma par l'acide picrique.—M. Gaucher emploie contre l'eczéma une solution aqueuse d'acide picrique au centième avec laquelle il badigeonne les surfaces malades ; par dessus il applique une couche d'ouate ou une compresse de tarlatane imbibées de la même solution. Le pansement est laissé en place pendant deux jours. Au bout de ce temps, les phénomènes inflammatoires sont déjà très amendés ; la rougeur de la peau et le suintement ont diminué quelquefois, même disparu. l épiderme commence à desquamer. On recommence la même application picriquée et le même pansement tous les deux jours et, au bout de peu de temps, l'inflammation aiguë est guérie. La solution d'acide picrique a un autre effet très appréciable ; elle calme rapidement les démangeaisons.

Ce mode de traitement est seulement applicable à l'eczéma vésiculeux et suintant, ou au moins rouge et humide, et n'a d'action que sur l'état aigu. Il est bien évident qu'il est insuffisant pour modifier l'épaississement et l'induration du derme dans l'eczéma chronique lichénoïde. C'est seulement à l'inflammation cutanée superficielle qu'il s'adresse et surtout aux lésions épidermiques.

On pourrait l'employer avec le même avantage dans les autres inflammations superficielles et humides de la peau et notamment dans toutes les formes de pemphigus.

CHRONIQUE

L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

La 65me réunion de l'Association Médicale Britannique aura lieu le dernier jour du mois. Tout est prêt pour recevoir nos amis d'Angleterre et d'Amérique et nous n'avons nul doute que la prochaine réunion sera un brillant succès, digne de la métropole du Canada; il suffit de voir les comités à l'œuvre pour s'en convaincre. L'entente la plus cordiale n'a cessé de régner depuis le début de l'organisation, tout le monde a travaillé avec énergie, et l'on verra par le programme que l'Université Laval s'est entendue avec l'Université McGill pour prendre une part active aux fêtes qui seront données à cette occasion. Cette visite de médecins européens distingués contribuera, nous en sommes sûrs, à resserrer les liens qui doivent unir les divers éléments de notre profession, et facilitera l'accomplissement d'une rénovation professionnelle devenue chez nous nécessaire.

L'assistance sera nombreuse : près de mille médecins, nous dit-on. Nous donnons aujourd'hui tous les principaux renseignements concernant l'Association Médicale Britannique; les détails seront publiés plus tard, dans la presse quotidienne, où nos lecteurs pourront en prendre connaissance.

Nous citerons parmi les plus éminents qui nous viennent d'Europe : Lord Lister, le prof. Richet, le prof. Ball, MM. les Drs Banks, Barnes, Boyce, Cheyne, Coupland, Cousin, Crocker, Crookshank, Christopher Heath, Kelsey, Leech, Littlejohn, McAlister, Stephen Mackenzie, Maddon, Morris, Nettleship, Saundby, Sinclair, Whitla, Williams.

On a envoyé aux Etats-Unis plus de six cents invitations, dont près de trois cents ont été acceptées jusqu'à aujourd'hui. Parmi les noms les plus connus, nous voyons ceux des prof. Pepper, Ashurst, Hare, Kelley, Shoemaker, et de MM. les Drs Abbott, Bulkley, Bull, Byford, Bowditch, Solis-Cohen, Cheesman, Cheever, Coley, Cattell, Dennis, Delavan, Fitz, Fox, Foster, Fenger, Gibney, Garrignes, Grandin, Gray, Gould, Herter, Hyde, Hodenpyl, Hurst, Jacobi, Jewett, McKeen, Lindsley, Musser, Mittendorf, McGuire, Morton, Mudd, Murphy, Munde, Northrup, Park, Shattuck, Starr, Spitzka, Sheady, Trudeau, Tyson, Vineberg, Welch, Wood.

Du Mexique, le Dr Tobias Nunez nous viendra, délégué par l'Académie de Médecine de Mexico.

Le programme des délibérations est très varié et offrira beaucoup d'intérêt, tout le monde voudra assister, *Salle Windsor*, aux trois séances publiques, où MM. les Drs Osler, Banks et Briggs feront un discours sur la médecine, la chirurgie et l'hygiène respectivement. A l'Université McGill, chaque section se réunira, le matin, dans une salle spéciale. Citons les différents sujets de discussion et quelques-uns des médecins qui y prendront part. *Médecine ;* 1° Traitement diététique du diabète (Robert Saundby, Osler, Sidney Coupland) ; 2° Arthritis deformans (arthrite rhumatoïde), ses rapports avec le rhumatisme, les maladies nerveuses et la tuberculose (Stewart) ; 3° Calculs biliaires, particulièrement en ce qui concerne la colique hépatique, la colicystite et la fièvre hépatique intermittente sans ictère.

Chirurgie ; 1° Traitement chirurgical de l'appendicite (Armstrong, Cousins) ; 2° Traitement du cancer du rectum par l'opération de Kraske (Keen, Ashurst, Murphy, White). Nous avons déjà publié au complet le programme de la section d'hygiène.

Obstétrique et gynécologie ; 1° Cause et traitement des congestions de la grossesse ; (1er septembre) 2° Route vaginale *versus* route abdominale dans le traitement des inflammations et des tumeurs du pelvis (Mayo Robson, Lawson Tait, Kelly, Munde) ; (2 septembre) 3° Traitement palliatif et traitement radical des flexions et déplacements de l'utérus. La section de *pathologie et bactériologie* invitera la section de médecine à discuter le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. La section de *physiologie et d'anatomie* se réunira à la section de chirurgie pour étudier l'action comparée des anesthésiques (éther et chloroforme).

Thérapeutique ; 1° Traitement de l'insomnie ; 2° Les diurétiques ; 3° Traitement de la syphilis. Le prof. Hare, de Philadelphie, lira un travail sur l'importance d'étudier l'absorption et l'élimination des médicaments.

Nombres d'autres travaux très intéressants seront présentés. Citons parmi les médecins canadiens : le Dr Lachapelle (Histoire de l'hygiène au Canada), le prof. Foucher (Etiologie de la dacryocystite, auto-infection dans la kératite pustuleuse), le Dr Villeneuve (Preuve de la folie dans les causes criminelles), le Dr Prume (Contribution au traitement des affections syphilitiques de l'œil.)

A ceux qui ne sont pas très familiers avec la langue anglaise, et qui désirent prendre part à la prochaine réunion, nous dirons qu'un journal contenant le résumé des travaux présentés la veille sera distribué gratuitement chaque jour à tous les membres de l'Association. On pourra ainsi, par la lecture, se rendre un compte exact de l'importance et de la valeur de ces travaux.

Le programme que nous avons publié en mai (page 318) a subi de légères modifications ; les discours publics, au Windsor (1, 2, 3 sept), auront lieu à 2½ hrs p. m. et non 3 hrs p. m. Le 31 août, à 4 hrs p. m., Mr. Angus donnera une réception au Royal Victoria Hospital. Le soir de ce même jour, 31 août, le prof. Richet, délégué par le gouvernement français, fera une conférence sur la physiologie, à la soirée donnée à l'Université Laval. Les autorités universitaires et les membres de l'Association seront seuls invités.

Il est incontestable que l'une des parties les plus intéressantes de la prochaine réunion sera le Musée, au patinoir Victoria, rue Drummond, entre les rues Ste-Catherine et Dorchester. Les médecins auront là une occasion excellente de voir les préparations pharmaceutiques, les instruments et appareils de toutes sortes mis en vente par les maisons les plus importantes d'Europe, des Etats-Unis et du Canada. Tout l'espace disponible est loué depuis longtemps. Collin, de Paris, tiendra une exposition d'instruments de chirurgie. Down Bros., de Londres, exposeront surtout du matériel à pansements antiseptiques. Zeiss fera voir des microscopes et appareils de laboratoires. Enfin, de grandes maisons de Vienne, Berlin, Edimbourg, Londres, Paris et New-York enverront des agents avec tout un assortiment de préparations pharmaceutiques. Les Etats-Unis seront représentés par Melford & Co., de St-Louis, Wyeth, de Philadelphie, Sharpe and Dolme, de Baltimore, Stearnes & Co, Parke Davis & Co., de Détroit. Ces derniers se proposent de faire voir aux spectateurs comment se prépare le sérum anti-diphtérique.

Le comité des excursions a fait des arrangements très complets avec les différentes compagnies de chemin de fer et de bateaux. Pour ceux de nos lecteurs qui se sont mis membres de l'Association Médicale Britannique, et qui veulent profiter de la prochaine réunion pour faire de jolis voyages à bon marché, nous publions la liste suivante des prix, aller et retour :

Montréal à Québec	$ 3.50
Québec au Lac St-Jean	5.70
Montréal à Halifax	16.50
Montréal à St-Jean, N. B	14.15
Montréal à Ottawa	3 50

Montréal à Kingston..... 5.65
Montréal à Toronto..... 10.40
Montréal à Vancouver..... 70.45
(Char dortoir $20.00 ; repas, 75 centins).

Les prix réduits s'appliquent aussi aux femmes des médecins. Les billets, sur le Pacifique Canadien, sont bons du 1er juillet au 30 septembre Les membres qui iront à Vancouver recevront une passe du Pacifique pour toutes les lignes d'embranchement et les bateaux de la compagnie au Nord-Ouest et au Manitoba. Le lendemain de la réunion (samedi), une excursion aura lieu au lac Memphrémagog jusqu'à New-Port (lac Champlain).

Les réunions publiques de l'après-midi (2.30 p. m.), auront lieu dans la salle du Windsor, attenante à l'hôtel du même nom ; l'entrée est sur la rue Cypress. Le matin, les différentes sections tiendront leurs séances à l'Université McGill, rue Sherbrooke, les bâtisses universitaires sont toutes situées sur le même terrain, et assez rapprochées les unes des autres, de sorte que cette disposition offrira aux membres beaucoup de comfort en leur permettant de passer d'une section à l'autre sans trop de déplacement. Voici la location des diverses sections :

Médecine : Bâtisse Macdonald (Chimie).
Chirurgie : Bâtisse de la Faculté de Médecine, (grand amphithéâtre).
Hygiène : Musée Redpath (grand amphithéâtre).
Obstétrique et Gynécologie : Bâtisse Macdonald (Physique).
Pharmacologie et Thérapeutique : Wesleyan College, (224, rue Université).
Pathologie et Bactériologie : Bâtisse de la Faculté de Médecine, (salle de lecture N° II).
Psychologie : Presbyterian Collège, (Morris Hall, 69, rue McTavish).
Ophthalmologie : Bâtisse Macdonald (Mécanique), (Salle de lecture I).
Laryngologie et Otologie : même bâtisse, (Salle de lecture II).
Anatomie et Physiologie : Bâtisse de la Faculté de Médecine (Salle de lecture I).
Dermatologie : Bâtisse Macdonald, (Mécanique), (Salle de lecture III).

On établira dans la salle de dissection, bâtisse de la Faculté de Médecine, un musée d'anatomie pathologique, où les membres pourront examiner à loisir des pièces anatomiques (normales et pathologiques), des dessins, des photographie, des appareils de laboratoire pour les recherches de médecine expérimentales. Nous rappelons encore une fois à nos lecteurs, qu'il faut être membre de l'Association pour assister aux séances ou prendre part aux excursions.

L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

La réunion annuelle aura lieu, à Montréal, le 30 août prochain. Le matin une clinique sera donnée dans l'un des hôpitaux, et l'assemblée générale sera convoquée pour trois heures. Le lendemain, mardi, les comités feront rapport dans l'avant-midi. puis la réunion sera ajournée pour permettre aux membres de suivre les séances de l'Association Médicale Britannique. Les membres présenteront leurs travaux à ces séances. Le comité de licence interprovinciale apportera le progrès accompli depuis l'année dernière.

Voici ce que dit, à propos de licence interprovinciale, le correspondant à Montréal du *British Medical Journal.* "Tandis que dans Ontario et les autres provinces, le Bureau Médical ou le Collège de chaque province exige que personne n'obtienne la licence sans se présenter devant les examinateurs provinciaux et passer un examen, dans la province de Québec, on permet aux gradués des trois universités, McGill, Laval et Bishop, de pratiquer pourvu qu'ils aient leur degré universitaire, soient dûment enregistrés, et aient donné satisfaction

aux assesseurs provinciaux présents durant toute la durée de leurs examens. Cette différence dans la manière de procéder est l'obstacle le plus formidable au mouvement qui se fait vers la licence interprovinciale Les autres provinces désireraient que Québec s'unisse à elles; mais les Universités de cette province ne veulent pas perdre pour leurs diplômés le droit de pratiquer dans la province, droit qui leur est accordé par l'Acte de la Confédération.

Comme d'un côté, le système actuel empêche des places florissantes canadiennes-françaises d'Ontario ou d'ailleurs, de bénéficier des services des médecins diplômés à l'université canadienne-française Laval; comme d'un autre côté, la principale université anglaise de Québec accorde son diplôme à des médecins dont un très petit nombre désirent s'établir dans la province. il y va évidemment de l'avantage de tout le monde de faire cesser les difficultés existantes. Cette opinion prend une force de plus en plus grande, et il semble que l'on verra dans quelques mois un système quelconque de licence interprovinciale devenir un fait accompli. Il est bon, à ce sujet, de bien savoir que le gouvernement fédéral ne peut rien faire à ce sujet, jusqu'à présent. Par l'Acte de la Confédération, toutes les questions d'éducation sont laissées entre les mains des provinces séparées; aussi le gouvernement fédéral ne peut-il intervenir, et la question d'une licence fédérale commune ne peut être considérée que si toutes les provinces s'unissent pour abandonner leur droit de législation médicale entre les mains du gouvernement fédéral. En d'autres termes, la licence interprovinciale doit amener la licence fédérale."

Pour notre part, nous sommes tout à fait en faveur de la licence interprovinciale; les médecins canadiens-français ne pourraient qu'y gagner. Mais l'on voit par l'article que nous venons de reproduire que la question est assez épineuse à résoudre. Une chose certaine, c'est que si les sept provinces de la Puissance consentent à laisser amender l'Acte de la Confédération pour permettre au gouvernement fédéral de contrôler la pratique de la médecine dans tout le Canada, l'on verra peut-être disparaître pour toujours la facilité extraordinaire avec laquelle on accorde aujourd'hui, dans la province de Québec, la licence à des médecins qui n'ont ni brevet, ni même de diplôme. Mais ce n'est pas encore fait.

Vient de paraître

Dr A. CHIPAULT.—*Le traitement du mal de Pott*, par le Dr A. CHIPAULT (de Paris). (No 2 de l'Œuvre Médico-Chirurgicale). *Masson et Cie, éditeurs*, 1 brochure in 8o 1 fr. 25

Ce fascicule, le deuxième numéro de la collection de *l'Œuvre Médico-Chirurgicale*, expose les règles que tout chirurgien prudent mais renseigné doit strictement suivre dans le traitement du mal de Pott et de ses complications.

Le Dr Chipault, inventeur de la méthode thérapeutique qui a causé une si grande sensation dans le monde médical, étudie avec une clarté vraiment remarquable : 1° le traitement des cas où la lésion vertébrale constitue à elle seule toute la symptomatologie; 2° le traitement des cas où cette lésion vertébrale s'accompagne de complications : paraplégie ou abcès froid. Il décrit avec un grand luxe de détails tous les appareils et interventions sanglantes qui doivent réaliser la base de tout traitement essentiel de la tuberculose vertébrale, c'est-à-dire l'immobilisation du malade. Les *ligatures apophysaires* et la *réduction, sous chloroforme, de la gibbosité*, méthodes que Chipault revendique énergiquement comme siennes, sont traitées d'une manière approfondie et surtout très compétente.

Les récentes discussions de la Société de chirurgie sur la réduction de la gibbosité soulevées par les travaux de Chipault prêtent à ce fascicule un intérêt tout particulier.

VARIÉTÉ

LE PROFESSEUR RICHET

M. Charles Richet est né à Paris, le 26 août 1850. Fils du professeur de clinique chirurgicale A. Richet, bien connu de la génération actuelle, il a été nommé interne des hôpitaux en 1872, docteur en médecine en 1879, docteur es-science en 1878, agrégé au concours de la Faculté de Médecine la même année,

et il a succédé à Béclard, dans la chaire de physiologie, en 1887. M. Charles Richet s'est adonné de bonne heure à l'étude de la physiologie et ses travaux sont considérables. Ils peuvent être résumés ainsi :

Après de nombreuses et intéressantes recherches, entreprises à l'instigation de M. Berthelot et dans le laboratoire de ce savant, M. Charles Richet a démontré : que l'acidité du suc gastrique est due à l'acide chlorhydrique, et de plus que ce dernier acide se trouve, dans le suc gastrique, sous deux formes différentes : d'abord à l'état de liberté, puis à l'état de combinaison. Ces démonstrations sont indiquées dans ses *Recherches sur l'acidité du suc gastrique de l'homme in comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1877-1878, et dans son travail sur les *Propriétés chimiques et physiologiques du suc gastrique chez l'homme et chez les animaux* publié dans le *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie* en 1878, travail couronné par l'Académie des Sciences (prix de physiologie expérimentale).

Les travaux sur la contraction musculaire des invertébrés, consignés dans son ouvrage : *Phisiologie des muscles et des nerfs* (1879) ont mis en lumière des faits nouveaux de physiologie générale.

Ceux sur les modifications de température des animaux l'ont conduit à la découverte du mécanisme de la régularisation thermique et dans divers mémoires sur *La respiration*, *Le travail musculaire*, *L'influence de l'alimentation*, *Celle de la volonté sur les échanges*, mémoires d'un très grand intérêt publiés de 1886 à 1891, dans les *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, les *Archives de physiologie*, l'auteur a démontré : " que la quantité d'oxygène consommé est, pour les animaux de même espèce, absolument proportionnelle à la surface tégumentaire, et que c'est le système nerveux qui adapte les combustions respiratoires à l'étendue de cette surface."

Enfin, à la suite d'expériences sagaces et de premier ordre, M. Ch. Richet a le premier, en 1888, déduit le principe de pathologie générale sur lequel est fondée la sérumthérapie, qu'il appelait alors l'hématothérapie. On trouvera ses travaux spéciaux publiés, dès l'année 1888, dans les *Comptes rendus des sciences* et *de la Société de biologie*. Les premières injections de sérum ont été faites par lui.

M. Charles Richet est encore l'auteur de plusieurs mémoires importants ; *Sur les effets physiologiques et psychiques du chloralose*, *Sur l'action physiologique des sels alcalins*, *Sur la toxicité comparée des différents métaux*, *Sur la chaleur animale*, *La psychologie physiologique*. Les dernières leçons ont paru sous le titre ; *La défense de l'organisme*, *Cours de physiologie de la Faculté* (1893-1894). Directeur de la *Revue Scientifique* depuis 1878, il est à coup sûr l'un des professeurs les plus distingués de la Faculté de Paris.

La Médecine Moderne.

Vient de paraître

FÉLIX LEJARS.—**Le Lavage du Sang**, par le Dr Félix Lejars, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de la Société de Chirurgie, (N° 3, de l'*Œuvre Médico-Chirurgicale*), *Masson & Cie, éditeurs*, 1 brochure in-8°. 1 fr 25.

Sous ce titre de *Lavage du Sang*, il faut entendre, en pratique, l'injection sous-cutané ou intra-veineuse d'eau salée, ou plus généralement de solutions salines n'altérant pas les globules sanguins. La méthode est fort ancienne ; depuis dix-huit mois, elle est redevenue toute d'actualité : les heureux résultats qu'elle a fournis et les nombreux travaux qu'elle a suscités, suffisent à montrer combien elle mérite d'être vulgarisée.

C'est ce travail d'ensemble et de vulgarisation que M. Lejars a voulu faire. Il étudie successivement, avec abondance de détails pratiques, le *liquide d'injection* et la *technique*, et s'efforce de prouver que le liquide et l'instrumentation les plus simples sont aussi les meilleurs : plusieurs dessins représentent les divers modes d'injections, les appareils " d'improvisation, " et les temps successifs de l'injection intra-veineuse.—L'*étude expérimentale* était un préambule nécessaire à l'analyse des faits cliniques : des nombreuses recherches qui ont eu pour objet le lavage du sang, chez l'animal sain, chez l'animal anémié, intoxiqué, infecté, se dégagent, en effet, des données pratiques importantes

On a utilisé le lavage du sang dans une longue série d'affections ; il était utile de départager ces observations, assez souvent disparates, et de chercher déduire de leur ensemble un certain nombre d'*indications et de " directions pra tiques "*. L'auteur passe ainsi en revue les applications de la méthode dans l *Hémorrhagies*, dans les *États de collapsus*, dans les *Intoxications*, dans les *Infe tions* d'ordre chirurgical et médical : il étudie les doses et le mode d'injectio qui paraissent le mieux convenir aux diverses situations et montre les réactior cliniques générales du lavage du sang. L'exposé de quelques accidents observé et des *contre-indications* qui en naissent termine la brochure.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ŒUVRE DE PASTEUR ET LA CONCEPTION MODERNE DE LA MEDECINE.

Par le professeur CHARLES RICHET,

Délégué du Gouvernement français et de la Faculté de Médecine de Paris à la 65e réunion de l'Association Médicale Britannique à Montréal.

Conférence faite dans la salle des promotions de l'Université Laval, le mardi soir 31 août. (1)

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs,

Ce n'est pas sans quelque émotion que je prends la parole ici, dans cette savante assemblée. Je sais, en effet, que je m'adresse à des hommes qui ne sont pas mes concitoyens. Mais, parmi eux, les uns, enfants de notre vieille nation gauloise, ont la même langue maternelle que nous ; ils parlent dès l'enfance notre chère langue française ; ils sont donc un peu plus que mes concitoyens, ils sont mes compatriotes ; et je me sens animé pour eux d'une affection toute fraternelle. Quant à nos confrères anglais, ils nous ont témoigné tant de bienveillance et une si délicate courtoisie que je n'ai aucun effort à faire pour les assurer de toute ma profonde reconnaissance. En un mot, quoique etranger, il me semble que je me trouve ici parmi des amis.

Et puis, ce qui achève de me troubler, c'est que je m'adresse à des médecins et que je parle dans un Congrès Médical. Or, si j'appartiens quelque peu à la grande famille médicale, puisque mon père a illustré la profession par son labeur et par ses œuvres, et puisque j'ai le grand honneur d'être le délégué de la Faculté de Médecine de Paris, pourtant je ne suis pas médecin ; il y a donc quelque témérité à un physiologiste de venir parler devant vous des choses de la médecine.

Mais, cependant, j'ai une excuse : c'est que je voudrais tenter une complète réconciliation entre la médecine et la science. Il semble à première vue qu'une pareille tentative est inutile. Il n'en est rien, Messieurs. On trouverait sûrement dans le monde médical, ailleurs qu'en cette assemblée, j'en suis certain, des médecins déclarant nettement que la médecine et la science ne sont

(1) On remarquait au premier rang de l'auditoire Lord Aberdeen, Lord Lister, Sir J. A. Chapleau, Sir Wilfrid Laurier, M. l'abbé Colin, Lord Mont-Royal, A. Kleczkowski consul général de France etc, etc.

pas faites pour s'entendre ; que toutes ces sciences dites accessoires, la physique, la chimie, la physiologie, représentent, dans l'enseignement moderne, un bagage encombrant dont le clinicien n'a que faire. Oui, il y a de par le monde des médecins, même fort instruits, qui diraient encore : " Qu'ai-je à faire de toute votre science expérimentale ? L'observation du malade et la clinique valent mieux que vos savantes expérimentations, et ce ne sont pas vos laboratoires qui nous apprendront les moyens de guérir nos malades."

Une pareille affirmation me paraît tout-à-fait erronnée, et je voudrais, avec toute l'énergie dont je suis capable, contribuer à la renverser. Je prétends que c'est par la science expérimentale seule que la médecine a fait et pourra faire des progrès ; et, pour en donner une démonstration éclatante, il me suffira de vous exposer l'œuvre de Pasteur, mon illustre maître.

Je ne serai pas démenti en disant que cette œuvre est supérieure à tout ce que nous donne l'histoire de la Médecine, depuis le commencement des siècles. Par lui, tout a été renouvelé, régénéré ; la médecine, grâce à lui, en vingt ans, a fait plus de progrès qu'elle n'en avait fait en vingt siècles. Un illustre historien, M. Victor Duruy, me disait un jour : " Si j'avais à faire l'histoire du monde, je la décrirais en deux parts : le monde avant les chemins de fer, le monde après les chemins de fer." De même pour l'histoire de la médecine ; je dirai qu'elle se divise en deux grandes époques : la médecine avant Pasteur, et la médecine après Pasteur.

Louis Pasteur naquit dans le Jura à Dole en 1821, et tout d'abord il se consacra à l'étude de la chimie. Il se passionna pour un problème difficile et important : la dissymétrie moléculaire. C'était là une question de chimie pure, très éloignée de toute question médicale, mais elle devait conduire Pasteur directement à l'étude des fermentations.

Lorsqu'on abandonne à elle-même une solution d'acide tartrique, à l'état de tartrate, il se produit, au bout de quelque temps, dans la constitution chimique du liquide, un changement qui avait passé inaperçu. La solution première n'avait pas d'action sur la lumière polarisée ; mais, après fermentation, cette même solution est devenue capable de dévier la lumière polarisée. Pasteur explique le phénomène en montrant que l'acide tartrique primitif est un mélange d'acide déviant à droite et d'acide déviant à gauche la lumière ; que, par conséquent, il se produit un phénomène de dédoublement et de partielle décomposition ; un des deux acides est détruit et l'autre n'est pas altéré, de sorte que l'action sur la lumière polarisée devient manifeste, car elle était masquée par le mélange des deux acides. C'était là une expérience capitale. On raconte que, lorsque le jeune Pasteur voulut la montrer à Biot, le grand physicien qui avait découvert les phénomènes de polarisation rotatoire, le vieux savant prit la main tremblante du jeune homme, et, avant de commencer l'examen optique des cristaux que lui soumettait Pasteur, lui dit, les larmes aux yeux : " Mon cher enfant, j'ai tant aimé les sciences que, devant la belle expérience que vous m'annoncez, je ne peux me défendre d'être ému."

Si l'acide tartrique est ainsi dédoublé, c'est qu'il se produit une fermentation ; par ce mot de fermentation, dont on ignorait le sens, on croyait avoir

tout expliqué. Mais ce mot magique et mystérieux ne représentait rien, et ne voulait rien dire. Ni Lavoisier, ni Liebig, ni Frémy n'avaient pu en découvrir le sens, et on en était réduit à la théorie d'une matière hémi-organisée, conception enfantine, digne de Paracelse.

Une expérience de Pasteur, la plus belle peut-être de son œuvre, vient démontrer la nature de cet inexplicable phénomène. Si l'on abandonne à elle-même une solution sucrée avec du carbonate de chaux, au bout de quelque temps, il se manifeste une effervescence : de l'acide carbonique se dégage, et de l'acide lactique se forme, décomposant le carbonate de chaux, pour former du lactate de chaux ; l'acide lactique se produit au dépens du sucre qui disparaît peu à peu. Mais quelle est la cause de cette transformation du sucre en acide lactique ? Eh bien ! Pasteur montra qu'une légère couche de matière organisée était la cause efficiente de cette action chimique, et que cette couche de matière organisée était constituée par des organismes mobiles, extrêmement petits, augmentant en nombre à mesure que la fermentation se développe. C'est donc leur végétation qui produit le phénomène de la transformation du sucre de lait en acide lactique.

Que l'on prenne, par exemple, une solution sucrée dont la chaleur a détruit tous les germes pré-existants, nulle fermentation lactique n'aura lieu ; mais, si l'on vient, dans le liquide stérile, à introduire une parcelle de cette couche de matière organisée, (et on peut la prendre dans un autre liquide où se produit une fermentation lactique normale) on verra aussitôt l'acide lactique se former rapidement dans la nouvelle solution. La matière organisée, avec ces organismes, a été la cause directe de la fermentation lactique.

Arrêtons nous sur cette admirable expérience. Elle nous paraît aujourd'hui tellement simple qu'il nous faut un grand effort d'imagination pour en saisir la portée. Il nous semble, en 1897, que, de tout temps, on a dû savoir qu'une solution organique, chauffée, était stérile, et qu'un germe suffisait pour la rendre capable de fermentation. Mais quelle singulière illusion ! Non, mille fois non ! Ce grand fait de la génération par des germes était absolument inconnu avant Pasteur ; et le fait de la stérilisation des liquides et de leur ensemencement par des spores ne nous a été révélé que par Pasteur. La caractéristique des grandes découvertes, c'est qu'elles se vulgarisent en peu de temps et qu'elles deviennent bien vite élémentaires. Un étudiant en médecine de première année connaît parfaitement ce que ni Lavoisier, ni Liebig, ni Frémy, ni personne avant Pasteur, n'avaient su voir. On est toujours tenté d'être ingrat envers les grands créateurs, car leur création tombe rapidement dans le domaine public. Elle devient tellement simple qu on ne s'étonne plus, qu'on ne songe pas à la reconnaissance, qu'on oublie les efforts que le génie a dû faire pour arracher cette vérité à la jalouse nature. Messieurs, ne soyons donc pas ingrats, et reconnaissons que la cause même de toute fermentation (développement et germination d êtres organisés) date de 1857, et du célèbre mémoire de Pasteur sur la fermentation lactique. C'était un monde nouveau qui s'ouvrait à la science.

Pourtant, ce mémoire de Pasteur, qui consacrait une des découvertes fondamentales du siècle, ne fut pas accueilli comme il devait l'être, ou plutôt il subit le sort commun des grandes découvertes. D'abord, on n'en comprit pas la portée,

et ensuite on lui opposa des contradictions ridicules. Il fallut tout une nouvelle série de belles et de décisives expériences pour démontrer qu'il n'y avait pas de générations spontanées et que les liqueurs stériles restaient définitivement stériles tant qu'on n'y introduisait pas de germes. Pasteur consacra six années à la démonstration de ce fait capital (1857–1863) :

" *Les liqueurs organiques ne s'altèrent que lorsqu'un germe vivant vient à y être introduit, et les germes vivants sont partout* ".

Un grand pas restait encore à faire : c'était de déterminer l'évolution de ces germes, non plus dans les liquides, *in vitro*, mais dans les organismes vivants même.

Nous, à qui est maintenant si familière l'idée du parasitisme et des infections microbiennes, nous avons peine à concevoir qu'il n'en fut pas toujours ainsi. Nous sommes tentés de nous imaginer que, même du temps d'Hippocrate, on connaissait déjà le rôle des microbes, tant l'idée de microbes est devenue banale et populaire ; mais, vraiment, je vous assure qu'il n'en est pas ainsi, et que bien longtemps après Hippocrate, on ne soupçonnait ni l'existence, ni la puissance des microbes.

C'est Pasteur qui nous en a le premier expliqué le rôle. Il a le premier montré que le microbe est l'agent des maladies ; et il a donné une admirable démonstration en étudiant en 1867 la maladie des vers à soie. Il prouva alors que les corpuscules brillants qu'on trouve dans les corps des vers à soie malades sont des germes vivants, une espèce vivante particulière, un parasite, qui peut se développer, se reproduire, déterminer la maladie et répandre la contagion.

Ce n'est donc pas sans un douloureux étonnement que j'ai entendu récemment M. Marshall Ward dire que la découverte du rôle des micro-organismes dans les maladies était due à Koch et datait de 1876. Or, depuis dix ans, Pasteur avait publié ses expériences sur la pébrine et la flacherie. *Lister*, appliquant à la chirurgie les idées de Pasteur, avait fait cette révolution admirable de la chirurgie, qui a sauvé tant d'existences. Davaine avait montré le rôle des bactéridies dans l'infection charbonneuse ; et la notion de l'infection et de la contagion par les microbes, chez les animaux supérieurs comme chez les animaux inférieurs, était devenue absolument banale, sinon dans le monde médical, du moins dans tous les laboratoires.

Ainsi, successivement l'œuvre de Pasteur se développait dans toute sa splendeur et sa logique. D'abord, pour élucider un problème de chimie, il étudie la fermentation tartrique, puis il est conduit à étudier la fermentation lactique, et il prouve que toutes les fermentations sont des phénomènes biologiques. Il pousse alors l'analyse scientifique dans toutes ses conséquences et arrive à concevoir que la maladie des êtres vivants est produite par le développement d'un parasite.

L'être qui poursuit son évolution sans qu'aucun organisme parasite se développe dans ses tissus et dans ses humeurs, est normal : il n'est pas malade Mais si ses humeurs ou ses tissus viennent à être ensemencés par un organisme capable de développement, alors le petit être se multiplie ; l'être supérieur est infecté, et le corps tout entier est devenu comme un bouillon de culture dans

lequel le microbe pathogène se propage, foyer d'infection qui répand le mal au loin en semant les germes nocifs sur son passage.

De là la conception nouvelle, et profondément nouvelle, non seulement de la médecine et de la chirurgie, mais encore de l'hygiène. *La maladie, c'est le parasitisme.* A partir de ce moment, on a compris le sens de ces mots, restés jusque-là mystérieux : *infection* et *contagion.*

Assurément, ce n'est pas Pasteur qui a découvert tous les microbes de toutes les maladies contagieuses. Mais peu importe, puisqu'il a découvert le premier que l'infection était un phénomène de parasitisme microbien. Tous ceux qui, après lui, ont démontré quelque fait de détail, si important qu'il soit, n'ont fait que suivre le sillon tracé par le Maître. Qu'ils le veuillent ou non, ils sont tous des élèves de Pasteur, comme tous ceux qui font de la chimie sont des élèves de Lavoisier.

Le plus grand des disciples de Pasteur, Robert Koch, quoiqu'il se refuse, avec quelque ingratitude, à reconnaître son maître, n'a fait que perfectionner certains points de la technique, et appliquer son ingéniosité et sa perspicacité pénétrante à la solution de questions secondaires, (secondaires en théorie, si elles sont importantes dans la pratique). Malgré tout, Koch n'a pu faire du nouveau que sur des points de détail ; tout ce qui est essentiel vient de Pasteur lui-même.

Ai-je besoin de vous dire que cette notion du microbe, du parasite est devenue la base de la médecine ? Que l'on prenne les traités de pathologie, écrits avant cette prodigieuse révolution, et on sera stupéfait de l'insignifiance et du néant de ces très vieux livres. Ils ne sont pas bien anciens, pourtant, puisqu'ils datent de 1875 ou de 1880 ; mais il semble, à les lire, qu'il y ait plusieurs siècles d'intervalle entre ces vénérables écrits et les livres modernes. Je connais tel excellent article sur la tuberculose, écrit en 1878, avant que le microbe de la tuberculose eut été découvert, eh bien ! cet article est d'un autre âge ; il faut le laisser parmi les in-folio gothiques du seizième siècle, dont personne ne vient plus remuer la poussière ; il n'appartient plus à la médecine, mais à l'histoire de la médecine, tant il fourmille d'ignorance, d'erreurs invraisemblables, aux points de vue de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, de la prophylaxie, du traitement, à tous les points de vue enfin.

En dix ans, la médecine toute entière a été bouleversée et refaite, elle se refait chaque jour. Chaque jour amène une découverte de détail, mais le grand principe est toujours là et il faut le rapporter toujours au même initiateur.

Ce n'est pas tout, une autre grande découverte devait être faite par Pasteur lui-même et constituer le développement suprême, et comme le point culminant de son œuvre : c'est le principe de la vaccination.

Dans une série de recherches admirablement précises, Pasteur prouve que e microbe pathogène peut être atténué, c'est-à-dire rendu incapable de donner ıa mort ; mais, si ce microbe ne donne pas la mort, encore peut-il donner la maladie ; maladie atténuée, parfois, au point d'être presque insaisissable. Or 'être qui a été atteint de cette maladie atténuée est protégé contre la même maladie dans sa forme grave. Empruntant alors le mot glorieux qui consacre 'immortelle découverte de Jenner, Pasteur a dit qu'il y avait *vaccination.*

Fermentation, infection, contagion, vaccination, voilà, résumée en quatre termes, toute l'œuvre de Pasteur. Que dirai-je de plus ? est-ce que ces quatre mots, dans leur simplicité, ne sont pas d'une éloquence sans égale ?

Peut-on maintenant soutenir que le progrès en médecine n'est pas dû aux sciences expérimentales ? Est-ce que toutes nos connaissances sur les microbes et sur leur rôle dans les maladies n'entraînent pas immédiatement et fatalement des progrès immenses dans la thérapeutique ?

Pour n'en prendre qu'un exemple, je citerai l'application des théories microbiennes à la chirurgie.

Il fut un temps où l'érysipèle, l'infection purulente, le tétanos, la pourriture d'hôpital, la gangrène décimaient les opérés, où l'infection puerpérale frappait un nombre effrayant de victimes. Il nous semble, aujourd'hui, que les médecins d'avant 1868 avaient un bandeau devant les yeux et que leur aveuglement était presque criminel. Grâce à Pasteur, grâce à vous, lord Lister, ces époques barbares, ne sont plus que des souvenirs historiques. Triste histoire, sans doute, mais qu'il faut envisager froidement pour comprendre ce que peut faire la science dans la médecine, et pour pouvoir adresser aux *rénovateurs* toute notre reconnaissance et notre admiration

Livrés à leur seule force, les médecins, pendant de longs siècles, n'ont rien pu contre l'érysipèle, contre l'infection purulente, ni contre l'infection puerpérale ; mais, appuyée sur la science, la chirurgie a pu triompher de ces odieuses maladies et les reléguer dans le passé.

Mais l'apogée de la gloire de Pasteur, c'est la découverte du nouveau traitement de la rage Aucune de ses conquêtes scientifiques ne fût plus populaire ; il y eut alors dans la France et dans le monde tout entier un long cri d'admiration. Peut-être, aux yeux des biologistes, cette découverte a-t-elle moins d'importance que les travaux sur les fermentations et les vaccinations ; mais, pour le public, ce fut la partie principale de l'œuvre de Pasteur, et quant aux savants, ils furent forcés d'admirer le courage scientifique de Pasteur qui, abandonnant les méthodes techniques qu'il avait enseignées et découvertes, a su, pour répondre aux exigences des faits, imaginer des méthodes différentes, tout à fait différentes, et remporter ainsi une nouvelle victoire.

Maintenant l'œuvre de Pasteur était terminée. Il put assister au triomphe de ses idées et être témoin de sa gloire. S'il a parfois, dans les premiers temps, connu, comme tant de créateurs, les luttes et les haines, et les querelles mesquines, et les objections stupides, il n'a pas eu, cependant, à déplorer l'ingratitude des hommes. Il est mort plein de gloire, entouré d'admiration, de respect et d'amour. La postérité, quand il mourut, avait déjà commencé pour lui.

Et maintenant, revenons à l'union de la médecine et de la science. C'est là, en effet, ce qui doit nous frapper dans l'œuvre de Pasteur ; ce n'est pas simplement quant à la biologie générale et aux progrès de nos connaissances, que son œuvre est grande, c'est encore par ses applications pratiques immédiates. Les grands biologistes de notre siècle, Lavoisier, Claude Bernard, Darwin, ont assurément laissé une œuvre qui, dans la conquête des vérités nouvelles, n'est pas inférieure à l'œuvre de Pasteur ; mais ces nouvelles vérités ne comporter

pas une application pratique immédiate, comme le font l'antisepsie, le traitement de la rage, la vaccination charbonneuse, la prophylaxie des maladies virulentes. Pasteur n'est pas seulement un savant, c'est encore un bienfaiteur ; et il n'y a guère à lui comparer, dans le passé, au point de vue du soulagement apporté aux douleurs humaines, que Jenner, qui a su préserver des millions et des millions d'individus de la plus hideuse des maladies.

Aussi bien a-t-il orienté la médecine dans la voie franchement scientifique. Après Magendie, Muller, Schwann, Claude Bernard, on pouvait encore se demander si toutes ces expérimentations, consacrant tant d'importantes vérités, avaient réellement quelque profit pour soulager les malades. Découvrir, comme Schwann, que les êtres vivants sont un agrégat de cellules ; prouver, comme Claude Bernard, que le foie fabrique du sucre ; établir, comme Darwin, que les espèces vivantes peuvent se transformer par les variations longuement accumulées du milieu, ce sont des faits admirables, mais des faits de science pure qui n'entraînent pas de conséquence thérapeutique immédiate. A la rigueur, il était donc possible de prétendre que la médecine clinique ne retirait aucun profit de pareilles investigations ; je ne pense pas un instant que cette opinion ait l'ombre d'un fondement ; mais elle n'était pas, avant Pasteur, aussi absurde qu'elle l'est devenue après Pasteur.

Après Pasteur, on ne peut plus, sous peine de monstrueuse ineptie, refuser droit de cité dans la médecine à l'expérimentation et à la biologie.

Et, à vrai dire, dans ces quinze dernières années, les savants et les biologistes, comme si leur ardeur eut été doublée par la rénovation des idées médicales, ont fait des découvertes qui ont apporté à la science médicale des éléments nouveaux, que la clinique seule eut été absolument impuissante à découvrir.

Je citerai quelques exemples : l'action de la glande thyroïde, les rayons Roentgen, le diabète pancréatique et la sérothérapie.

Les physiologistes avaient, depuis longtemps; établi que l'ablation de la glande thyroïde entraîne des accidents graves. Maurice Schiff avait établi le fait dès 1857, mais l'explication de ce fait ne devint claire que lorsque Claude Bernard, puis surtout Brown-Séquard purent démontrer qu'il y a des sécrétions internes, des glandes déversant leurs produits dans le sang, et probablement neutralisent certaines substances toxiques. De là est venue, tout naturellement, l'idée à Vassale, en Italie, et à Gley, en France, d'injecter aux animaux, dont le corps thyroïde a été enlevé, le suc thyroïdien ; ce qui permet de prolonger leur existence. La conclusion thérapeutique était formelle ; c'était de traiter les malheureux atteints de crétinisme et d'affections du corps thyroïde par des extraits du corps thyroïde soit en injection, soit en ingestion : vous savez que le résultat a été très heureux.

Ce nouveau traitement était une expérimentation véritable, et il s'est trouvé alors que, comme dans toute expérimentation, le résultat a été un peu différent de ce qu'on attendait. L'injection de thyroïdine n'est pas seulement un traitement du goître et du crétinisme, c'est encore un traitement, parfois merveilleusement efficace, de l'obésité.

La découverte des rayons Roentgen a excité un enthousiasme général, et,

de fait, c'est une des plus grandes conquêtes de la physique contemporaine. Ce n'est pas assurément une découverte médicale. C'est dans un laboratoire de physique que la recherche a été faite et que le succès a été obtenu. Or, vous n'ignorez pas que ces rayons Roentgen sont appelés à jouer, sinon dans le traitement, au moins dans le diagnostic des maladies, un rôle dont l'importance va croissant chaque jour. Les physiciens ont trouvé le principe, c'est aux médecins à en poursuivre l'application.

Le diabète pancréatique avait été, depuis 1867, soupçonné par un habile clinicien, Lancereaux ; mais les moyens de clinique et d'anatomie pathologique dont il disposait ne lui permettaient pas de pousser cette étude plus avant ; malgré sa perspicacité, il ne put faire autre chose que de constater un certain rapport entre le diabète et les lésions du pancréas trouvées à l'autopsie. Comment savoir davantage si l'on n'a pas la ressource de l'expérimentation. Deux physiologistes, Mering et Minkowski, ont pu montrer que l'ablation du pancréas détermine fatalement la glycosurie, qu'il y a donc un diabète pancréatique, et ils en ont très habilement étudié les diverses conditions.

J'arrive maintenant à la sérothérapie, conséquence directe des travaux de Pasteur. C'est une méthode de traitement née de l'expérimentation seule. Là, encore, la science a fait pour l'art médical ce que jamais la clinique, réduite à ses propres forces, n'aurait pu faire.

Vous me permettrez ici de vous exposer comment la séro-thérapie dérive directement de la physiologie et de l'expérimentation, et vous me pardonnerez si je suis forcé de parler de moi ; mais ce sera, je l'espère, sans aucune vanité. Je sais parfaitement que nous devons à nos prédécesseurs et à nos émules toujours beaucoup plus que notre orgueil le suppose. Le hasard y joue son rôle important, comme dans toutes les choses humaines ; oui, je sais que les expériences et les idées qui réussissent ne sont pas toujours celles qui ont été le plus méthodiquement conçues.

Un célèbre physiologiste, Chauveau, avait démontré que les moutons français sont capables de contracter la maladie charbonneuse et que si l'on injecte de petites quantités de *Bacillus anthracis* sous la peau, très facilement leur organisme est infecté par le *Bacillus anthracis*, microbe du charbon. Mais les moutons algériens semblent préservés contre la maladie. Vainement on leur injectera du *Bacillus anthracis*, ils ne contractent pas le charbon ; ils sont réfractaires à cette maladie, et doués vis-à-vis d'elle d'une remarquable immunité.

Réfléchissant à ce fait étrange, je fis cette hypothèse que la cause de l'immunité des moutons algériens, absolument semblables, aux points de vue anatomique et zoologique, aux moutons français, résidait dans les substances chimiques contenues dans leur sang. Par conséquent, on peut espérer donner l'immunité aux moutons français en leur faisant une transfusion du sang des moutons algériens. Mais l'expérience était difficile à faire sur des moutons. Alors, avec mon ami Héricourt, qui a été, dans toutes ces recherches, un collaborateur assidu, nous prîmes deux animaux d'espèce différente, ordinaires victimes des physiologistes, les lapins et les chiens.

Précisément, nous venions d'étudier un microbe très voisin du Staphylo-

coccus *albus*, le Staphylococcus *pyosepticus* qui a la propriété de déterminer chez les lapins d'énormes tumeurs sous-cutanées quand il est injecté sous la peau, et d'amener la mort en 24 ou 36 heures. Au contraire, le chien paraît à peu près réfractaire à l'inoculation de ce microbe.

Nous essayâmes donc de faire, par injection intra-veineuse, une transfusion du sang de chien normal à des lapins, mais l'opération ne réussit pas, car la transfusion de sang de chien dans les veines du lapin, même à la dose de dix grammes seulement, détermine rapidement la mort. Le sang du lapin se coagule, le cœur s'arrête ; et aucune transfusion de quantité appréciable de sang n'est possible.

Nous songeâmes alors à faire non plus la transfusion intra-veineuse, mais la transfusion péritonéale ; ce qui permet alors de faire passer par l'organisme du lapin 50 ou 60 grammes de sang de chien ; et nous eûmes la joie de voir l'expérience réussir complètement.

Les lapins inoculés avec le microbe, s'ils avaient reçu du sang de chien normal, résistaient quatre à cinq jours à l'inoculation du microbe au lieu de mourir tout de suite ; mais s'ils avaient été transfusés avec du sang de chien vacciné contre le microbe, le résultat était plus consistant encore. Ils ne mouraient pas ; ils étaient même à peine malades.

Cette expérience, qui date du 5 novembre 1888, est, à ce qu'il me semble, la base même de la séro-thérapie. Elle prouve, en effet, que le sang des animaux réfractaires à une maladie contient des éléments chimiques qui combattent les effets du microbe pathogène, spécifique de cette maladie ; et nous en comprîmes dès le début l'importance, puisqu'après avoir démontré le principe de ce que nous avons appelé d'abord l'hématothérapie, et établi la réalité de cette nouvelle loi de pathologie générale, nous résolûmes de l'appliquer à une maladie humaine. Alors, pendant quelques jours, Héricourt et moi, nous débattîmes la question de savoir si nous devions expérimenter avec l'une ou l'autre de ces trois maladies, le charbon, la diphtérie, la tuberculose. Malheureusement, nous rejetâmes la diphtérie dont le micro-organisme était mal connu encore, en 1888, et nous nous décidâmes pour la tuberculose, dont le microbe est facile à cultiver, et qui exerce, comme vous le savez, plus que toute autre maladie, ses ravages sur les hommes et les animaux.

Nous nous mîmes aussitôt à l'œuvre, mais il fallut du temps, comme vous le pensez, pour avoir des résultats démonstratifs. Pourtant, un an après, nous pouvions montrer que l'injection de sang de chien à des lapins ratarde énormément, et, dans quelques cas, arrête l'évolution de la tuberculose chez le lapin.

Il s'agissait cependant de passer de l'expérimentation physiologique à la thérapeutique humaine. Profitant alors d'une remarque de Bouchard que le sérum des animaux réfractaires est aussi actif que le sang total, nous pûmes injecter du sérum à des malades tuberculeux.

La première injection sérothérapique a été faite par nous, le 6 décembre 1889

Nous eûmes d'abord un moment de grand espoir. Oui, vraiment, nous avons cru pendant quelques semaines que nous avions découvert le traitement héroïque de la tuberculose. Pendant quelques semaines, les trois ou quatre

malades que nous avions en traitement ont vu leurs forces renaître, leur appétit reparaître, leur poids augmenter, la toux et les crachats disparaître presque complètement, mais ce n'était, hélas, qu'une amélioration passagère ! Un mois, ou un mois et demi après, la maladie impitoyable reprenait son cours et le traitement sérothérapique demeurait inefficace.

Heureusement, pendant que nous cherchions vainement, par les procédés les plus divers, la sérothérapie de la tuberculose, un expérimentateur allemand, Behring, étudiant, sur la diphtérie, les effets du sérum des animaux réfractaires, montrait, en 1892, que ce sérum est d'une efficacité admirable dans le traitement de la maladie et il obtenait sur les animaux d'abord, et ensuite sur l'homme, des résultats vraiment merveilleux,

Vous savez le reste, Messieurs, et je n'ai pas à vous apprendre que cette méthode sérothérapique perfectionnée et popularisée en 1894 par Roux, est devenue un traitement incomparable. Les statistiques à cet égard sont absolument démonstratives ; la mortalité, qui était de 45 pour cent dans la diphtérie, est tombée à 15°/o. Cela fait, pour la ville de Paris seulement, une économie annuelle d'environ un millier d'existences humaines, à peu près dix-mille existences pour la France. Nous pouvons admettre le même chiffre pour l'Italie, l'Allemagne, l'Angleterre, les Etats-Unis, le Canada, la Russie, ce qui permet d'évaluer à à peu près soixante mille par an le nombre des enfants que la sérothérapie enlève à la mort

Dans les autres maladies, les résultats de la sérothérapie sont beaucoup plus contestables et il faudrait, pour bien faire, les discuter dans le détail ; je ne veux pas essayer ici de le faire, ce serait abuser de votre patience : je me contenterai d'émettre cette hypothèse, cette espérance plutôt que la sérothérapie n'a pas encore dit son dernier mot.

L'organisme, pour résister aux poisons sécrétés par les microbes, est pourvu d'une merveilleuse activité. Il se met à sécréter à son tour des contre-poisons, des antitoxines qui neutralisent les poisons sécrétés par le microbe. En un mot les antitoxines de l'organisme combattent les toxines du parasite ; et l'art de la sérothérapie future sera d'aller chercher dans les organismes résistants les puissantes antitoxines qu'ont fabriquées leurs cellules.

Ainsi, de quelque coté que nous nous tournions, nous trouvons que la médecine a toujours été guidée par la science expérimentale ; c'est l'expérimentation, c'est la science qui l'ont forcée de marcher en avant. Cela était vrai déjà du temps d'Harvey, puisque l'immortel physiologiste, pour établir la doctrine nouvelle, eut à combattre les raisonnements des médecins ; ce fut vrai aussi du temps de Lavoisier, lorsque, avec quelques expériences décisives, il montra la nature chimique des phénomènes de la vie, mais combien plus vrai encore maintenant, après Pasteur, qui a ouvert à l'expérimentation tout un monde.

La nouvelle génération médicale se précipite avec ardeur dans la voie qu'il a inaugurée, et nous pouvons concevoir pour l'avenir de la médecine les plus vastes espérances.

Et si nos espérances sont grandes, c'est que nous espérons pour l'avenir

plus encore que dans le passé, la collaboration active, efficace, du savant et du médecin.

Le savant et le médecin contribueront tous deux aux progrès de la médecine ; mais ils ont un rôle bien différent : le médecin doit être conservateur, appliquant méthodiquement les enseignements et les préceptes qu'il a reçus à l'école ; il n'a pas le droit d'expérimenter sur ses malades et de sacrifier des vies ou des douleurs humaines à de fantaisistes théories. Au contraire, le savant, qui a pour devoir de pénétrer des vérités nouvelles, doit être révolutionnaire. Il ne doit pas se contenter des préceptes qu'on lui a enseignés. L'opinion du Maître ne doit être que d'un poids très léger devant son esprit. Il doit chercher de tous côtés des faits nouveaux, et regarder comme possible, même ce qui est invraisemblable. Darwin dit quelque part qu'il faisait des expériences *d'imbécile ;* et Darwin assurément avait raison ; car souvent on doit, sans frayeur aucune, essayer ce qui paraît en contradiction avec toutes les opinions classiques. Sans cet esprit d'aventure, sans cette témérité scientifique, qui ouvre les horizons nouveaux, il n'y a pas de progrès.

Ce n'est donc pas au médecin qu'appartient le rôle d'avant-coureur et de pionnier. Il doit se tenir exactement au courant de tous les progrès de la science pour en faire profiter ses malades ; mais il n'a, au moins que dans de restreintes limites, à faire progresser la science. N'ayant pas le droit d'expérimenter, il est à peu près impuissant à résoudre les multiples problèmes que la nature lui présente.

C'est aux chimistes, aux physiciens, aux physiologistes surtout, qu'il appartient de guider la médecine dans des voies nouvelles. Ils n'ont pas la lourde responsabilité d'une vie humaine à ménager, et rien ne doit les arrêter dans leur audace. Vous, Messieurs, vous n'avez pas les mêmes droits ; il vous faut de la prudence, de la modération, et même, quelque convaincu que je sois de la puissance des sciences expérimentales, je pense qu'il ne faut accepter les applications que le chimiste ou le physiologiste vous suggèrent qu'avec une certaine timidité. Il ne nous en coûte rien de dire au médecin, après quelques expériences qui ont passablement réussi : " Essayez cela sur vos malades." Nous savons très bien que notre responsabilité est nulle, et que l'ancien axiome, *primo non nocere*, axiome qui doit être la règle étroite de votre conduite, ne nous intéresse en aucune manière.

Vous voyez qu'il y aurait injustice à reprocher aux médecins et aux chirurgiens de ne pas faire de grandes découvertes scientifiques ; ce n'est pas là leur mission. Ils ont à calmer la douleur humaine et à chercher, parmi les nouvelles vérités scientifiques, celle qui est le plus apte à soulager ou à guérir les malades.

Aussi, ne puis-je comprendre qu'on ait voulu créer un antagonisme entre la médecine et la science. Supposez qu'elles se contredisent, c'est montrer qu'on a rien compris, ni à l'une ni à l'autre. Il n'y a pas à déclarer que l'une est supérieure ou inférieure à l'autre ; elles sont différentes par leur moyen comme par leur but, elles se complètent mutuellement et toutes deux sont également nécessaires.

Si j'étais malade, je ne m'adresserais assurément ni à un chimiste, ni à un physiologiste. Ce n'est pas dans les ouvrages de Claude Bernard et de Pasteur que se peut apprendre la médecine ; il faut un enseignement clinique, telle que la longue observation des maladies peut le fournir; la prophylaxie, le diagnostic, le pronostic, la thérapeutique ne s'enseignent pas dans des livres de science, et même les livres de médecine ne suffisent pas ; il faut autre chose ; il faut l'observation, l'observation longue et patiente, la vieille observation hippocratique, sans laquelle il n'y a pas de bon médecin. Il faut que les jeunes étudiants soient guidés dans l'examen des malades par des praticiens expérimentés, et ce serait une ineptie, à laquelle personne ne songe, je suppose, que de vouloir remplacer les cliniques par les laboratoires.

Vous avez compris cela, Messieurs. En Amérique, qu'il s'agisse des Etats-Unis, ou du Canada, partout des universités s'élèvent. La générosité des donateurs les pourvoit richement, et à côté de l'enseignement clinique, vous faites une large place aux recherches du laboratoire.

Oui vraiment, sans les laboratoires, les cliniques sont condamnées à l'immobilité scientifique et cette immobilité n'est vraiment pas désirable ; car, malgré tous les progrès accomplis, il reste encore beaucoup à faire. Est-ce que, par exemple, la tuberculose et le cancer ne sont pas la honte de la médecine ? J'en appelle à tous les médecins qui sont ici. Qui de vous, Messieurs, en assistant à de douloureuses agonies, ne s'est pas senti jusqu'au fond de l'âme humilié de son impuissance ?

Messieurs, que ce douloureux sentiment de notre impuissance actuelle soit notre stimulation au travail. Mettons-nous tous à l'œuvre ! car l'œuvre à accomplir est immense ; et nous devons les uns et les autres ne pas nous relâcher dans notre labeur. Nous, physiologistes, nous avons à chercher des faits nouveaux, chercher, chercher encore, chercher toujours, sans redouter les hypothèses les plus dévergondées, sans connaître aucune limite à notre audace, sans nous préoccuper des conséquences pratiques de nos recherches, n'ayant que la vérité, la divine vérité pour but. Vous, Messieurs, vous avez à suivre avec un intérêt passionné, dans leur ensemble et dans le détail, les découvertes biologiques récentes, afin d'essayer d'y trouver quelque application pratique. Cette collaboration incessante, cela s'appelle, d'un seul mot, le progrès.

Mais il faut que savants et médecins soient animés les uns les aures de ces deux sentiments dominateurs : la foi en la science et l'amour des hommes.

Si nous avons foi en la science, c'est parce que nous savons qu'elle peut, entre les mains des médecins, sauver des vies humaines, éviter des larmes, adoucir des agonies. Que l'exemple de Pasteur et l'exemple de Lister soient toujours là devant nos yeux.

Et, puisque je parle de Pasteur et de Lister, permettez-moi un souvenir. Il y a quatre ans, une grande solennité fut préparée à Paris, pour célébrer le septantième anniversaire de Pasteur, à la Sorborne, en présence de l'élite des savants du monde entier. Les diverses universités du monde avaient envoyé des délégués pour apporter au grand savant l'hommage de leur respect. Soudain, un grand silence se fait ; – vous vous en souvenez, lord Lister, – c'est lorsque, vous

approchant de Pasteur, vous lui donnâtes une accolade fraternelle. Oui, nous avions tous alors les larmes dans les yeux ; et une émotion religieuse s'empara de toute l'assistance, lorsque nous eûmes ce spectacle inoubliable : les deux grands bienfaiteurs de l'humanité, unis dans l'œuvre commune et scellant la conciliation définitive et féconde de la médecine et de la science.

LAWRENCE TURNBULL.—**L'Anesthésie artificielle** : Traité sur les agents anesthésiques et leur emploi dans le traitement des maladies par le Dr LAWRENCE TURNBULL, Ph. S, chirurgien de l'Hôpital Jefferson, Philadelphie—4ème édition, revue et augmentée.—Editeurs : P. Blakiston & Son, Philadelphia, *agents* Paterson & Foster, Phillip Sq., Montréal.

Nous accusons réception d'un exemplaire de cet ouvrage écrit en anglais, et nous l'avons parcouru avec un vif intérêt. Le fait que ce livre en est à sa 4me édition est suffisant pour en faire voir son utilité et pour le médecin et le dentiste. Le Dr Turnbull prend l'anesthésie à son début et monte jusqu'aux théories actuellement en vigueur ; son livre, depuis plusieurs années, fait autorité aux Etats-Unis sur le chloroforme, l'éther et le gaz protoxyde d'azote employé par les dentistes. Il nous fait plaisir de lire la phrase suivante. " Le dentiste Wells, de Hartford, qui s'est suicidé après les huées dont il avait été accablé, lors de ses expériences avec le protoxyde d'azote, en 1844, est le véritable découvreur de l'Anesthésie moderne, et nous ne faisons que commencer à lui rendre justice." Cette édition a une bonne partie consacrée à la " Cataphoresis," c'est-à-dire l'emploi de l'électricité en médecine et art dentaire. Il y a aussi un chapitre très intéressant sur les injections hypodermiques qui sont en si grande vogue actuellement. Le chapitre sur les responsabilités légales de l'anesthésiste vaut la peine d'être lu. Nos remerciements aux éditeurs pour l'envoi gracieux de ce volume.

DR PAUL SOLLIER.—**Genèse et Nature de l'Hystérie**, par le DR PAUL SOLLIER. (2 vol. in 8°, 20 fr.—Paris, Félix Alcan éditeur.)

M. Sollier s'est proposé d'étudier, dans cet important ouvrage, le mécanisme des différents accidents hystériques et la nature du trouble primordial qui les provoque.

Son travail est divisé en deux parties. La première (tome I) comprend l'exposé des faits et les doctrines. L'auteur indique d'abord la façon dont il a été amené à faire les recherches qu'il expose, la genèse même de sa conception de l'hystérie et les phénomènes qu'il fut à même de constater immédiatement dans leur ensemble. Ensuite sous le titre : *Réactions liées au réveil de la sensibilité*, il analyse ces phénomènes de la facon la plus précise possible. Puis allant du composé au simple, toujours par voie d'analyse, il interprète à la lumière des faits précédemment démontrés, *les accidents hystériques somatiques, les accidents mentaux* et *les stigmates*. Enfin, procédant par synthèse, il groupe tous ces faits pour s'élever à une *Conception générale de l'hystérie*, qu'il expose dans un chapitre final. Toutes les théories proposées par M. Sollier sont appuyées sur des observations et des faits cliniques rédigés avec le plus grand détail et au jour le jour, qui constituent la matière de la deuxième partie (tome II) de l'ouvrage. Ces documents par eux-mêmes, en dehors de la question de doctrine, offrent un grand intérêt au point de vue thérapeutique et psychologique, l'observation clinique et l'expérimentation s'y contrôlant réciproquement.

SERO-DIAGNOSTIC DE LA FIEVRE TYPHOIDE.

par

FERNAND WIDAL.

de Paris

Travail lu à la section de bactériologie de l'Association Médicale Britannique.

Les statistiques de séro-diagnostic de la fièvre typhoïde se sont multipliées en ces derniers mois, et le nombre des cas positifs s'élève déjà à plusieurs milliers. Je m'occuperai, dans la présente note, des cas très rares où la réaction semble avoir fait défaut chez des typhiques.

Les trois dernières grandes statistiques françaises sont celles de MM. Gasser, Paul Courmont, et Bensaude. La première porte sur 112 cas de fièvre typhoïde ; la seconde, sur 157 cas, et la troisième, sur 61 cas de la même affection. Chez aucun de ces malades, la réaction n'a manqué.

Ces statistiques concordent avec celles de Brener, de Stern, de Hædke, de Frankel, de Dick, de Lyman-Creene, de Dupaquier, etc., etc. J'ai examiné actuellement le sérum de 177 typhiques, et dans un cas seulement, je n'ai pu constater la réaction agglutinante. Ma statistique concorde à peu près avec celle de MM. Wyatt Johnston et McTaggart, et de beaucoup d'autres auteurs.

La statistique la plus considérable est celle relevée dans différents auteurs par M. R. C. Cabot, de Boston, à la séance du 2 juin, à l' " American Medical Association." La réaction, recherchée sur 1826 sujets supposés atteints de fièvre typhoïde, a confirmé le diagnostic dans 1744 cas, soit dans 95.2 pour cent des cas. Ce chiffre est déjà suffisamment éloquent. L'absence de la réaction, dans un certain nombre de cas suspects, tenait sans doute parfois à ce qu'il ne s'agissait pas de fièvre typhoïde. D'autre part, pour affirmer que la réaction a manqué dans un cas de dothiénentérie, il faut que l'examen du sang ait été renouvelé aussi fréquemment que possible ; et l'on sait que, dans un certain nombre de statistiques publiées, cet examen n'a pu être fait qu'une seule fois chez le même malade. La réaction peut faire défaut à un premier examen et apparaître le lendemain ou les jours suivants. Si on l'observe parfois, dès le cinquième ou le troisième jour, ou même, par exception, dès le deuxième jour (W. Johnston et McTaggart, Carl, Frankel), et si, d'une façon générale, on peut compter sur elle dès le septième jour, il est des cas cependant où elle peut être retardée et n'apparaître qu'au cours de la deuxième semaine. Dans un cas, je ne l'ai observée que le vingt-deuxième jour ; d'autres auteurs ne l'ont constatée, par exception, qu'à la fin de la maladie, au début de la convalescence ou au cours d'une rechute. Si, dans ces cas, l'examen n'avait pas été répété ou aurait pu conclure à un résultat négatif.

En raison de ces faits exceptionnels, j'avais dès le début de mes recherches formulé, au Congrès de Nancy, la règle suivante : " Un résultat négatif, obtenu

avec le sérum d'un malade suspect, fournit une probabilité contre le diagnostic de la fièvre typhoïde; mais ce n'est qu'une probabilité, surtout si la recherche a été faite dans les premiers jours de la maladie, l'examen doit-être alors répété les jours suivants. La probabilité est d'autant plus grande que l'examen est pratiqué à une époque plus avancée de la maladie."

Il faut être sûr, avant tout. que la réaction a été bien recherchée suivant les règles de la technique et que l'on n'a pas employé une dilution trop étendue. Je me rappelle que j'ai proposé l'emploi d'un mélange de 1 partie de sérum typhique pour 10 de culture jeune. Les amas sont en général visibles au microscope, immédiatement ou après quelques minutes. On a, dans certains cas, tout intérêt à laisser la préparation reposer un quart-d'heure ou une demi-heure pour mieux saisir le phénomène ; or, dans ces conditions, pour conclure, il faut, comme je l'ai sans cesse répété, que les amas ne soient pas seulement caractéristiques, mais très confluents et disposés sur tous les points de la préparation à la façon des îlots d'un archipel. On ne doit jamais rester sur un doute, et il faut que la préparation présente cet aspect si particulier qui ne laisse pas une hésitation dans l'esprit pour quiconque a vu une fois une agglutination véritable. En suivant ces règles que ne semblent pas avoir comprises certains expérimentateurs qui m'ont suivi, je n'ai jamais été trompé dans l'examen de près de 390 sérums non typhiques par les pseudo-agglutinations exceptionnelles et toujours discrètes et tardives dans leur apparition, présentées par certains de ces sérums. J'ajoute que j'ai montré récemment, avec M. Sicard, comment la mensuration du pouvoir agglutinatif pouvait encore servir de contre-épreuve.

Si, chez un malade dont le sérum a fourni constamment, à diverses périodes de la maladie, une réaction négative, l'examen nécropsique révèle des lésions intestinales caractéristiques de la fièvre typhoïde, et si l'ensemencement des organes permet d'isoler le bacille d'Eberth, c'est là un critérium absolu. Mais même dans ces conditions, avant de conclure, il faut savoir si la recherche de la séro-réaction n'a été faite que dans les derniers jours de la maladie. Les mensurations du pouvoir agglutinatif que j'ai faites avec M. Sicard, ou avec M. Nobécourt, m'ont montré, dans plusieurs cas, que le pouvoir agglutinatif relativement élevé, pendant la période d'état, pouvait s'abaisser, dans les jours précédant la mort, à un chiffre tel que le séro-diagnostic n'aurait pu être posé. Dans ces cas la mort était survenue, sans complication, du fait de l'infection typhique.

Je ne veux donner aucune explication théorique de cet abaissement du pouvoir agglutinatif *antemortem* observé dans quelques cas seulement, mais si des observations semblables se multipliaient, peut-être pourrait-on trouver là, dans certaines formes de la maladie, un élément de pronostic.

Si la réaction a été constamment négative et si le malade ne meurt pas, avant de compter le cas comme négatif, il faut être sûr que l'affection suspecte était bien une fièvre typhoïde. Il est des circonstances où l'évolution clinique ne peut guère laisser de doute, lorsque tous les symptômes classiques de la maladie se sont succédé ; mais il en est d'autres où l'examen bactériologique seul peut donner une réponse certaine.

Notre statistique, étant une statistique d'étude, pour lui donner une valeur

décisive, chaque fois que les résultats fournis par l'examen du sérum ne semblaient pas conformes à ceux fournis par l'examen clinique, nous n'avons pas hésité à ensemencer une gouttelette de sang retiré par ponction de la rate.

C'est ainsi que nous avons pu nous convaincre de l'absence de réaction dans un cas avéré de fièvre typhoïde à rechute. L'examen du sérum pratiqué à plusieurs reprises avec M. Sicard pendant les deux périodes fébriles, pendant la période intercalaire ou pendant la convalescence, nous a constamment donné des résultats négatifs.

L'étude du pouvoir agglutinatif nous avait déjà montré que chaque typhique, suivant son aptitude individuelle, fournit une réaction plus ou moins précoce, plus ou moins intense, plus ou moins tenace. En raison de ces variations personnelles et souvent inexplicables, on devait prévoir, comme nous l'avions fait, dès nos premières communications, une sorte d'idiosyncrasie, ne laissant apparaître le phénomène que très tardivement, ou même, à la rigueur, pouvant le faire manquer. Ce fait, qu'un sujet peut guérir d'une double attaque de fièvre typhoïde, sans que son sérum n'ait jamais présenté la moindre trace de réaction agglutinante, est si exceptionnel qu'il ne saurait toucher à la valeur du séro-diagnostic ; mais au point de vue théorique, il nous prouve à l'évidence que la réaction agglutinante n'a rien à faire avec l'immunité.

La réaction agglutinante n'est pas en effet une réaction d'immunité comme l'a soutenu Mr. Gruber. J'ai montré au contraire que la réaction agglutinante était déjà une réaction de la période d'infection. C'est là, comme je l'ai toujours dit, une simple constatation de fait qui ne comporte pas de théorie. Ce fait reçoit chaque jour sa confirmation ; s'il n'était pas exact, le sérodiagnostic n'existerait pas. La réaction agglutinante est souvent plus intense au début de la maladie qu'à la période d'état ou de déclin ; elle s'atténue et disparaît souvent chez l'homme dès les premiers temps de la convalescence, c'est-à-dire au moment où l'immunité est le plus solide ; elle est relativement rare chez les typhiques guéris depuis plus d'un an et l'observation universelle montre cependant que de tels sujets doivent être en général immunisés, puisque, chez eux, la récidive de la maladie est exceptionnelle.

Dans certaines observations de fièvre typhoïde à rechute, on voit le pouvoir agglutinatif parvenir, pendant la période intercalaire, à un taux qu'il n'avait jamais atteint lors de la première attaque : la rechute apparaît cependant quelques jours plus tard.

Récemment, M. Kolle a montré que le sérum d'un typhoïdique pouvait posséder des qualités préventives sans donner de phénomène de l'agglutination ; j'ai constaté une semblable dissociation,

Nous avons vu, avec M. Nobécourt, que chez certaines espèces animales, telle que la souris, l'inoculation de culture typhique confère l'immunité avant que la réaction agglutinante n'ait apparu dans le sang. Nous avons encore constaté que si l'on immunise des souris, en leur injectant des urines filtrées de typhiques, suivant le procédé de M. Bouchard, on n'arrive pas à conférer à ces animaux la réaction agglutinante, alors même qu'on les a inoculés pendant six

semaines, par doses fractionnées avec 25 C. C. d'urine, et pourtant avec 4 C. C. de cette urine inoculée en sept jours, ils sont déjà immunisés.

M. Salinbeni a prouvé récemment que l'agglutination du vibrion cholérique, loin de se produire dans les humeurs, au sein de l'organisme des vaccinés, n'apparaissait que lorsque les humeurs étaient mises au contact de l'air à la façon de la coagulation du sang qui se produit à la sortie des vaisseaux.

Enfin, au dernier Congrès de Berlin, M. Behring s'est prononcé nettement pour la dissociation de la propriété immunisante et de la propriété agglutinative dans un même sérum.

En résumé, au point de vue de la pratique, on peut en général décéler la réaction chez les typhiques dès les premiers jours de la maladie ; si elle est parfois retardée, elle ne manque que par exception (1 fois sur 177 dans notre statistique). On ne saurait mieux demander à une méthode basée sur une réaction biologique toujours soumise à des variations individuelles et imprévues

TRAITEMENT DU PRURIT VULVAIRE.

Zeitsch. f. Geburtsh. und Gynæk, 1896, p. 355.

P. Ruge rappelle qu'Olshausen considère le prurit vulvaire comme une névrose. Seligman, comme une affection parasitaire. Sanger, comme une lésion locale. L'auteur la rattache à une irritation locale due aux sécrétions génitales et à l'urine, et assigne à cette irritation une cause tantôt chimique (acidité, sucre), tantôt bactériologique. Comme traitement, il recommande avant tout une propreté locale minutieuse aussi sévère que l'antisepsie pré-opératoire : le vagin et la cavité vaginale seront savonnés, nettoyés avec le doigt sous irrigation d'une solution de sublimé ; on terminera par une onction à la vaseline phéniquée à 3 ou 4 p. 100. Ce traitement appliqué avec assiduité, surtout si le médecin y veille lui-même, donne des résultats remarquables.

R. Blondel.
(*Rec. de thér. méd.-chir.*)

Méningisme et méningites, par Pochon. Thèse de Paris, 1897.

On a déjà protesté contre l'abus du terme de méningisme appliqué indifféremment à tous les accidents méningitiques non mortels (*Rev des mal. de l'enf.* 1896, page 120). En pareil cas, on disait autrefois que la méningite avait guéri : peut-être en reviendrons-nous bientôt là ; car il est certain qu'entre l'accident méningitique curable, éphémère, et la méningite qui tue dans les mêmes conditions d'étiologie, il n'y a qu'une différence de degré.

C'est ce que tente de prouver l'auteur et on ne saurait trop le louer de lutter contre le courant qui fait voir du méningisme partout, même là où, à notre avis, il n'y a pas trace d'accidents méningés. Il rappelle les observations de Pfuhl et Walther qui ont vu de vraies méningites de nature grippale avec lésions anatomiques, à côté de troubles méningés curables. De même, on peut trouver les lésions anciennes des méninges chez un sujet qui a guéri de phénomènes méningés, dans le cours d'une pneumonie.

Les complications cérébrales des otites sont aussi toujours liées à une inflammation plus ou moins étendue des méninges.

On arrive ainsi à conclure que la plupart des cas de méningisme sont des méningites infectieuses : grippale, pneumococcique, streptococcique, etc..... Et M. Pochon propose de réserver le nom de méningisme aux accidents que produit l'hystérie.

LES PROGRES DE L'HYGIENE AU CANADA.

Par E. P. LACHAPELLE, M. D.

Président de la Section d'Hygiène à la 65e réunion de l'Association Médicale Britannique.

DISCOURS D'OUVERTURE.

Messieurs,

C'est pour moi un vif plaisir de vous souhaiter la bienvenue à Montréal, la métropole du Canada et le siège du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec. En cette année 1897, inscrite en lettres d'or dans les annales du règne de Victoria, vous avez voulu constater *de visu* les progrès accomplis par la science de l'Hygiène dans la première des colonies anglaises, obéissant en cela à l'invitation générale qui vous était adressée par la branche de Montréal de votre Association. L'empressement et la bonne grâce avec lesquels vous avez répondu à notre appel est pour nous un honneur dont nous vous sommes dès aujourd'hui reconnaissants. Soyez assurés que la présence au milieu de nous de savants aussi distingués que ceux que je vois ce matin, dans cette salle, nous remplit d'une fierté bien légitime et sera un puissant motif d'encouragement dans la poursuite de nos travaux humanitaires. Vous êtes ici chez vous, et c'est avec enthousiasme qu'au nom des autorités sanitaires du pays je vous dis : " Soyez les bienvenus."

Je ne veux pas, Messieurs, prendre une très grande part de votre temps, et faire durer davantage la hâte que vous avez d'aborder le programme du jour. Je vais donc rapidement, dans les quelques minutes que m'accordent les règlements de l'Association, vous exposer les progrès de l'hygiène au Canada. J'ai pensé qu'il serait intéressant pour vous, dès votre arrivée, d'être au courant de l'organisation sanitaire de ce pays. Ce travail n'est qu'un résumé succinct d'un travail plus détaillé, que les recherches patientes et fructueuses du Dr E. Pelletier, secrétaire du Conseil d'Hygiène de cette Province, m'ont permis d'entreprendre, et qui paraîtra bientôt dans une encyclopédie publiée à Toronto.

Je vous prie donc de m'accorder les premières minutes de cette séance, pendant lesquelles je vais analyser rapidement, en tâchant d'être clair et précis, toute la législation sanitaire passée dans l'Amérique Britannique du Nord, depuis Louis XIV de glorieuse mémoire, jusqu'à la soixantième année du règne illustre de Sa Très Gracieuse Majesté la Reine Victoria.

L'HYGIENE SOUS LA DOMINATION FRANCAISE.—1603-1763.

On ne peut guère s'attendre, à cette époque reculée, et dans un pays tout neuf, à voir les questions hygiéniques prendre une place importante dans

l'administration publique. A son début, le Canada est sous le contrôle de *compagnies de traite* qui ont loué le pays du Roi de France, comme on louerait un terrain de chasse, et qui n'ont naturellement qu'une seule préoccupation : faire avec les sauvages un commerce de fourrures avantageux.

On est, cependant, surpris de constater avec quelle précision et quel sens pratique certaines questions de l'hygiène sont envisagées sous le règne de Louis XIV. C'est ainsi que nous voyons, en 1667, le roi de France établir, par une de ces ordonnances qui furent longtemps le code civil du Canada, un système de tenue des registres de l'état civil qui est encore en vigueur aujourd'hui dans la Province de Québec. C'est le clergé qui tient registre des baptêmes, mariages et sépultures et en donne une copie à l'autorité civile. " Seront faits, dit le roi, en chacun par deux registres pour écrire les baptêmes, les mariages et les sépultures en chacune paroisse... l'un desquels servira de minutes et demeurera entre les mains du curé et l'autre sera porté au Juge royal pour servir de grosse." C'était prendre dès le début une mesure efficace pour surveiller le développement de la colonie et en assurer l'état civil. Aujourd'hui encore ce système peu compliqué est jugé suffisant dans la Province.

Quelques années plus tard, le Conseil Supérieur de Québec s'occupe d'une manière très éclairée de la question alimentaire. Ainsi, il convoque, en 1677, une assemblée générale des habitants pour faire l'essai du pain et en fixer le prix. En 1707, voulant assurer aux habitants une viande de bonne qualité, il passe, au sujet de l'inspection de la viande, des règlements qui équivalent à notre estampillage moderne. Aucun boucher ne peut, sous peine de confiscation et d'amende, abattre un animal sans prévenir le procureur du roi ou son représentant, " afin qu'il s'y transporte pour connaître si les bêtes sont en assez bon état pour être distribuées au public."

Aucun habitant de la campagne ne peut apporter et vendre de la viande à la ville sans présenter d'abord, au procureur du roi ou son représentant, un certificat du juge, s'il y en a un dans la place qu'il habite, ou sinon du seigneur, du curé ou de l'officier de milice, lequel certificat doit établir " comme les bestiaux par eux apportés n'étaient attaqués d'aucunes maladies, avant d'avoir été tués et qu'ils ne sont pas morts d'accidents, comme noyés ou empoisonnés." Il serait difficile de faire mieux aujourd'hui.

Tous les autres règlements passés à cette époque s'appliquent exclusivement à la propreté des rues et des habitations. Quelques ordonnances concernent la morale publique. Les enfants trouvés sont élevés à la charge du roi, qui accorde aux nourrices " 45 livres pour le premier quartier de nourriture de chaque enfant, et dix livres par mois jusqu'à ce que l'enfant ait atteint 18 mois." Les enfants sont alors engagés à de bons habitants de la ville ou de la campagne jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de 18 ou 20 ans (1748).

L'HYGIENE SOUS LA DOMINATION ANGLAISE.

Avant la Confédération.—1763-1867.

Sous la domination anglaise, l'hygiène tombe pour quelques années dans l'oubli. La plus grande partie de la noblesse canadienne, après la cession du

Canada à l'Angleterre, retourne en Europe. Par contre, l'élément anglais prend une extension et une autorité de plus en plus grande, ce qui amène forcément, pour quelques temps, une perturbation sociale assez prononcée ; et puis, c'est une époque de militarisme et la guerre aux Etats-Unis absorbe l'attention générale.

La menace d'un danger nouveau fait apparaître les premières mesures sanitaires. Lors de l'épidémie de typhus en Irlande (1795) les navires venant d'un port infecté doivent subir une inspection et être mis, s'il le faut, en quarantaine. Le capitaine ne doit rien cacher à l'inspecteur sous peine de perdre sa tête, et on peut tirer sur les vaisseaux. Mais si vigoureuses que ces mesures puissent paraître, elles ont le grand tort, au point de vue de l'organisation, de n'être que temporaires, ce qui oblige à toujours recommencer.

Ainsi, de 1815 à 1821, le gouvernement nomme des médecins vaccinateurs, accorde des prix à un mémoire sur les avantages de la vaccination et encourage, autant qu'il peut, cette pratique, mais sans la rendre obligatoire. De même en 1832, l'apparition du choléra provoque une activité de bonne augure : délégation à New-York pour étudier les mesures prises, création de bureaux de santé, établissement d'un poste de quarantaine à la Grosse Isle, déclaration des cas de maladies, etc. Malheureusement toute cette organisation, sauf la quarantaine de la Grosse-Isle, cesse avec l'épidémie. Et la seconde invasion en 1849 ne rend pas la législature plus sage. En effet, la loi passée cette année-là est une loi statutaire, très précise, rencontrant bien les besoins publics en cas d'épidémie, et destinée à demeurer ; loi qui, en 1885, lors de l'épidémie de variole fut remise en force avec efficacité dans notre Province. Mais toute l'organisation qu'elle établissait en 1849 (Bureau central de santé, etc.) devait, de par la loi même, cesser avec l'épidémie.

Rien de stable, rien de définitif en fait de législation sanitaire n'est donc accompli sous la domination anglaise, avant la Confédération.

Depuis la Confédération.—1867-1897.

Avec la Confédération nous entrons dans une période d'organisation définitive. L'acte de l'Amérique Britannique du Nord délimite les pouvoirs respectifs du Gouvernement fédéral et des Gouvernements provinciaux, et chacun d'eux ne tarde pas, dans sa sphère, à prendre les mesures nécessitées par l'intérêt public. Nous nous proposons maintenant d'étudier avec quelque détail, mais d'une manière très sommaire, les lois passées successivement à Ottawa et dans les différentes provinces, afin de faire voir en quelques mots l'étendue de leur action et leur degré d'efficacité.

1o.—Hygiène fédérale.

Tout ce qui concerne les relations avec l'étranger et le commerce est du ressort fédéral ; aussi, les lois sanitaires passées à Ottawa règlementent l'immigration et les quarantaines, la prévention des maladies contagieuses chez les animaux, la suppression des falsifications alimentaires, et pourvoient à la compilation des statistiques. Sur ce dernier point, cependant, et en dehors du recen-

sement décennal, presque toute l'initiative est laissée aux gouvernements provinciaux, qui peuvent être appelés à fournir à Ottawa une copie de leur statistiques.

Dès la première année de la Confédération (1868), le gouvernement fédéral passait une " Loi des Immigrants " qu'il devait compléter plus tard (1871) par la Loi des quarantaines " et rendre très efficace par les règlements de 1893. Aujourd'hui, nos frontières sont protégées par huit Stations organisées de quarantaine, stations localisées à la Grosse Isle (Québec), Halifax (N. E.) St-Jean (N. B.), Sydney (Cap Breton), Hawkesbury (N. E.), Chatam (N. B.), Charlottetown (I. P. E.) et William Head (Colombie Anglaise). Ces stations sont chargées de l'inspection et de la désinfection des vaisseaux, de la vaccination des passagers, de la détention en quarantaine, si besoin, etc Les postes de douane, surtout sur la frontière des Etats-Unis, peuvent aussi, au besoin, servir de postes de quarantaine.

Pour ce qui s'agit des maladies contagieuses des animaux, le Statut fédéral (1884–1896) pourvoit à la quarantaine des animaux exportés et à la suppression des épidémies chez les animaux. Il ne prévoit en aucune façon cependant à la transmissibilité des maladies des animaux à l'homme.

La " Loi des falsifications " nomme des analystes des denrées alimentaires et s'occupe surtout de l'organisation des laiteries (1884–1889). Tout commerçant de denrées alimentaires falsifiées peut être poursuivi devant la loi.

En somme, si l'on excepte l'organisation des quarantaines, qui est du domaine exclusif d'Ottawa, il est facile de constater que sur les autres sujets (statistiques, maladies contagieuses des animaux, falsifications alimentaires) les provinces ont une juridiction concurrente qui peut, en droit constitutionnel, être douteuse, mais qu'elles exercent de fait, en complétant, par des Statuts provinciaux, la législation fédérale.

2o.—Hygiène provinciale.

L'organisation sanitaire, au Canada, ne serait pas complète, d'ailleurs, sans l'intervention des autorités provinciales ; car Ottawa n'agit que sur des données d'intérêt général, et pour protéger le pays contre les dangers du dehors. La prophylaxie locale des maladies contagieuses, l'hygiène des établissements publics et industriels, des habitations et des écoles, l'hygiène de l'alimentation, et, en un mot, tout ce qui concerne la protection de la santé publique et privée, et nous ajouterons la compilation des statistiques, reposent entièrement sur l'action des autorités provinciales, qui doivent en cela s'assurer le concours des municipalités.

Dans presque toutes les provinces de la Puissance du Canada, la législature locale a délégué, par une loi statutaire, ses pouvoirs à un Bureau Provincial chargé d'exercer l'autorité sanitaire, et de faire exécuter les réglements d'hygiène. En même temps, les autorités municipales conservent toute leur initiative propre, elles peuvent aussi réglementer, et ne tombent sous l'autorité provinciale, dans la plupart des cas, que pour assurer l'exercise de leurs pouvoirs dans la mesure voulue. La loi, cependant, varie quelque peu à ce sujet dans les diverses provinces, comme nous verrons tout à-l'heure en étudiant Québec et Ontario. Il est à

remarquer aussi que le lieutenant-gouverneur en Conseil, au Nouveau-Brunswick et à la Nouvelle-Ecosse, conserve avec le Bureau Provincial une action conjointe, et peut même, dans certain cas (N. E.), opposer son veto à des mesures prises par les municipalités. Certaines provinces aussi, comme le Manitoba et la Colombie Anglaise, ont une organisation un peu spéciale. Enfin, les Territoires du Nord-Ouest et l'Ile du Prince-Edouard n'ont pas de Bureau Provincial d'hygiène, tout en ayant une législature sanitaire, dont l'exécution est confiée soit au lieutenant-gouverneur en Conseil, soit aux municipalités.

Ontario et Québec sont les deux provinces les mieux organisées peut-être ; ce sont, dans tous les cas, celles où l'organisation est la plus ancienne. Nous les analyserons donc conjointement.

Le Conseil Provincial d'Ontario a été fondé en 1882, celui de Québec en 1896. Ce sont les deux Conseils qui ont fait faire le plus de progrès à l'hygiène publique au Canada. Dans Ontario, la vaccination a été rendue obligatoire pour tous les enfants âgés de plus de quatre mois et aucun enfant n'est admis à l'école sans certificat de vaccination. Le gouvernement provincial a l'entier contrôle de la compilation des statistiques, qui est faite directement par les secrétaires-trésoriers des municipalités. Enfin, la " Loi des aliments," très précise pour les villes, définit la loi fédérale sur les falsifications alimentaires et en précise l'application.

Dans la province de Québec, la vaccination n'est que facultative, avec pouvoir aux autorités de la rendre obligatoire en temps d'épidémie. La tenue des registres de l'état civil est encore, comme au temps de Louis XIV, confiée au clergé, de quelque dénomination qu'il soit, et c'est par l'entremise des ministres du culte que le Conseil Provincial reçoit, chaque mois, les certificats établissant la cause des décès ainsi que l'addition des mariages et des naissances, pour la compilation de la statistique. Enfin, pour ce qui s'agit des falsifications alimentaires, le Conseil provincial s'en rapporte entièrement à la loi fédérale et aux règlements des municipalités à ce sujet.

Dans Ontario, excepté pour la variole, les règlements du Conseil Provincial ne sont en force qu'en temps d'épidémie. Le Conseil Provincial de Québec a fait, sur la prophylaxie des maladies contagieuses, sur l'hygiène des manufactures et sur l'assainissement en général, des règlements qui sont permanents ; il a établi, à la mise en action de ces réglements, une limite d'efficacité qui doit être atteinte par les autorités municipales. Et, à part cette intervention permanente, il a aussi le pouvoir éventuel de faire des règlements spéciaux en temps d'épidémie. Il peut aussi forcer les municipalités à mettre en pratique les pouvoirs que leur donne le code municipal sur les matières sanitaires. Tout en laissant une complète liberté d'action aux bureaux locaux, le Conseil Provincial centralise l'autorité sanitaire dans la province de Québec, autorité qu'il exerce de deux manières différentes : 1o— par des règlements clairs, précis et complets qui suffisent à guider l'organisation municipale ; 2o—par l'intervention exécutive, si cette autorité municipale néglige ou refuse de remplir ses devoirs.

L'interprétation de la " Loi des manufactures " dans Ontario et son application sont laissées entièrement entre les mains des inspecteurs. A Québec, le

Conseil Provincial donne dans ses règlements l'interprétation de la loi par des détails précis ; non-seulement il prescrit les mesures hygiéniques, mais il dit comment on doit les remplir, et seule leur exécution est laissée aux autorités sanitaires locales.

L'approbation des plans d'aqueduc et de drainage appartient au Conseil Provincial dans les provinces de Québec et d'Ontario. Dans Québec, le Conseil Provincial choisit le cite des cimetières et règle l'inhumation des cadavres.

Le Nouveau-Brunswick (1887) et la Nouvelle-Ecosse (1893) ont une organisation à peu près identique,en ce que leur lieutenant-gouverneur en Conseil a le pouvoir de réglementer en matière d'hygiène. Les municipalités des deux provinces ont aussi des pouvoirs identiques, mais soumis dans la Nouvelle-Ecosse au veto du Lieutenant-Gouverneur. Les lois sanitaires du Nouveau-Brunswick (1887-1888-1889) se rapprochent beaucoup de celles de la Province de Québec et ont pour objet la prévention des maladies contagieuses, la surveillance des denrées alimentaires et des industries nuisibles, la suppression des nuisances et le drainage. La loi d'enregistrement (1887) pourvoit à la publication des statistiques. Dans la Nouvelle-Ecosse, le pouvoir du Bureau Provincial au sujet des maladies contagieuses n'est que consultatif; il peut cependant, en temps d'épidémie, substituer son action à celle des munipalités.

Le Manitoba (1893) nous offre une organisation spéciale et qui paraît répondre aux besoins d'un pays dont la population est disséminée sur un vaste territoire. Le Conseil Provincial se compose de cinq membres : un vétérinaire et quatre médecins. Le Conseil, en séance, fait les règlements généraux. Pour l'administration locale, les quatre médecins ont reçu le titre d'inspecteurs, en même temps que la Province a été divisée en quatre districts. Dans chaque district, toute l'autorité sanitaire repose entièrement sur l'inspecteur en charge, qui fait les règlements permanents ou temporaires qu'il juge à propos et se substitue, s'il est besoin, aux autorités locales.

La Colombie Anglaise possède (1895) un Conseil Provincial dont le pouvoir n'est que consultatif, mais qui a établi des règlements très complets et très efficaces. Nous soulignerons même un point qui dépasse tout ce qui s'est fait jusqu'ici dans les autres provinces : il est défendu de déverser les égouts dans les rivières.

L'Ile du Prince Edouard n'a pas de Conseil Provincial. La vaccination (1886) y est obligatoire, et les conseils municipaux constituent des bureaux de santé qui doivent agir par eux-mêmes.

Dans les Territoires du Nord-Ouest, une ordonnance relative à l'hygiène a été passée en 1892. Elle n'est que préventive. Le lieutenant gouverneur peut empêcher tout individu, dans les Territoires, de quitter un endroit infecté par une maladie contagieuse, de même qu'il peut arrêter à la frontière tout individu suspect venant de l'étranger. Il peut diviser les Territoires en districts sanitaires et nommer des médecins officiers de santé, s'il le juge à propos.

Comme vous pouvez en juger, Messieurs, par cette trop courte et surtout trop incomplète analyse de notre législation sanitaire, le Canada marche rapidement dans la voie du progrès en matière d'hygiène. Si nous tenons compte du

fait que ce n'est guère que depuis 1880 que les différentes provinces du Dominion se sont réellement prévalues des pouvoirs que leur donne la constitution, en se dotant de Conseils d'Hygiène Provinciaux, munis de tous les pouvoirs nécessaires pour protéger la santé publique, nous avons raison d'espérer qu'avant longtemps le Canada n'aura rien a envier aux autres pays sous ce rapport.

L'ASSOCIATION MEDICALE CANADIENNE

L'Association Médicale Canadienne n'a pas tenu cettte année, à proprement parler, d'assemblée régulière, la grande majorité des membres ayant préféré s'unir pour cette fois à l'Association Médicale Britannique.

La convocation de l'Association a eu lieu la veille de la réunion de l'Association Britannique, et tout le programme a consisté dans l'audition du discours du président, le Dr Moore, et la présentation du rapport du comité de licence interprovinciale adoptant le principe de la réciprocité. Ontario cependant s'est maintenu à l'écart.

Aucun travaux n'a été présenté, aucune discussion n'a eu lieu, et l'assistance des membres a été très restreinte.

Les élections furent remises au lendemain, le jour même de l'ouverture du congrès anglais, et onze membres seulement étaient présents à l'assemblée. La votation eut lieu néanmoins, et l'on nomma les officiers suivants pour l'année 1897–98 : Président Dr J. M. Beausoleil, Montréal ; vice-présidents, Ile du Prince Edouard, R. MacNeill, M. D., Stanley Bridge ; Nouvelle Ecosse, R. A. H. MacKeen, M. D., Grace Bay ; Nouveau Brunswick, P. R. Inches, M. D., St Jean ; Québec, C. S. Parke, M. D., Québec ; Ontario, A. McPhedran, M. D., Toronto ; Manitoba, V. R. Jones, M. D. Winnipeg ; Territoires du Nord-Ouest, T. C. Newburn, M. D., Lethbridge ; Colombie Anglaise, Tunstell, M. D., Vancouver. Secrétaire général, T. N. S. Starr, Toronto ; trésorier H. B. Small, Ottawa ; secrétaires locaux, I. P. E., P. McLaren, M. D., Brudenelle ; Nouvelle Ecosse, James Ross, M. D., Halifax ; Nouveau Brunswick, H. Lunan, M. D., Campbellton ; Québec, Marois, M. D., Québec ; Ontario, Eclau, M. D., Ottawa ; Manitoba, W. J. Neilson, M. D., Winnipeg ; Territoires du Nord-Ouest, Geo. Macdonald, M. D., Calgary ; Colombie Anglaise, Dr Boyce, Keloma.

C'est à Québec qu'aura lieu la prochaine réunion annuelle de l'association.

DEUXIÈME CONTRIBUTION A L'ÉTIOLOGIE DE LA DACRYOCYSTITE.

Par le prof. FOUCHER,

Communication faite à la section d'ophthalmologie de l'Association Médicale Britannique.

Dans une communication faite à l'Association Médicale du Canada, en 1891, nous avons cherché a démontrer que, parmi toutes les causes supposées de dacryocystite, il y en a une qui domine toutes les autres et qui se rapporte au mauvais état constitutionnel des patients atteints de cette affection. Nous étions arrivé à cette conclusion en observant minutieusement 183 cas de dacryocystite, en notant la fréquence relative de l'affection, le sexe et l'âge du patient, la durée du larmoiement, le nombre d'enfants et de fausses couches, le chiffre de la mortalité, soit chez les enfants de patients mariés, soit chez les frères et sœurs de patients non mariés, les cas de variole récente ou ancienne, le nombre d'années écoulées entre l'apparition de la variole et du larmoiement, les cas de syphilis héréditaire ou acquise, de tuberculose, l'état du nez et du pharynx, des dents et des sinus de la face, enfin en notant tout ce qui de près et deloin pourait conduire a une explication de l'inflammation des voies lacrymales. Nos conclusions ont été adoptées par quelques auteurs entr'autres par le prof. Panas, de la Faculté de Paris, qui les consigne en entier dans son traité d'ophtalmologie.

Il nous restait à leur donner plus de valeur en augmentant le nombre d'observations sur lesquelles elles reposent, c'est ce que nous avons fait depuis 1891 et c'est le résultat de ces nouvelles recherches que nous venons vous exposer.

Les observations publiées en 1891 se décomposent comme suit :

1891

Nombre de cas	183	
Hommes	46	
Femmes	137	
Œil droit	105	
Œil gauche	129	
Nombre d'enfants	1362	
Fausses couches	37	
Mortalité (au-dessous de 4 ans)	640	46°/o
Variole	76	41°/o
Enfants de variolés	259	
Mortalité (au-dessous de 4 ans chez ces derniers)	144	51°/o

La nouvelle série d'observation donne les résultats suivants :

1897

Nombre de cas	90	
Hommes	27	
Femmes	63	
Œil droit	52	
Œil gauche	54	
Nombre d'enfants	684	
Fausses couches	63	
Mortalité (au-dessous de 4 ans)	273	46°/o
Variole	29	32°/o
Enfants de variolés	186	
Mortalité chez ces derniers (au-dessous de 4 ans)	98	52°/o

En additionnant ces chiffres on arrive au résultat total suivant :

Nombre de cas	273	
Hommes	73	
Femmes	200	
Œil droit	157	
Œil gauche	183	
Nombre d'enfants	2046	
Fausse couche	100	
Mortalité	1013	46°/o
Variole	105	38°/o
Enfants de variolés	445	
Mortalité chez ces derniers	242	54°/o

Comme on peut le constater, la nouvelle série d'observations diffère peu de la première et le résultat total est d'accord avec nos premières conclusions et nous les réitérons de la façon suivante : *il existe de nombreuses causes de dacryocystite, mais le principal facteur réside dans le mauvais état constitutionnel.*

C'est pour cette raison que le chiffre de la mortalité infantile s'élève à 46o/o. C'est pour cette raison que la variole est si fréquente chez ces patients, (38o/o) puisque la variole elle-même porte la mortalité infantile à 54o/o. Nous répétons donc ce que nous disions en 1891 : il faut aux causes adjuvantes, aux inflammations de voisinage par exemple, une action prolongée, un certain degré d'intensité, il faut aussi un changement dans le caractère pathologique de la sécrétion qui passe dans le conduit lacrymal, il lui faut une action virulente, et pour que cette action ait lieu, il faut que l'état constitutionnel s'y prête, en d'autres termes, il faut un terrain approprié. Ce terrain ce sont les maladies débilitantes en général qui le préparent, ce sont la variole, la tuberculose, la syphilis etc., etc., qui agissent sur les affections inflammatoires en prolongeant leur seconde période, en les faisant passer à l'état de chronicité. Il est difficile de définir exactenent l'état constitutionnel d'un patient, mais on ne doit pas s'attendre à trouver un grand

nombre d'enfants sains et viables, lorsque les parents sont eux-mêmes entachés de vices constitutionnels. Par conséquent, le meilleur moyen de connaître l'état de santé des parents, c'est d'établir le chiffre de la mortalité de leurs enfants. On connaît le tableau typique de la famille du syphilitique, qui s'est marié en pleine puissance de syphilis, et on a affirmé avec raison que c'était la plus meurtrière des diathèses, mais nous avons rencontré souvent des tableaux analogues de mortalité infantile chez des variolés non syphilitiques qui nous font croire que la variole récente ou ancienne est aussi funeste au produit de la conception que la syphilis non traitée. La mortalité infantile chez nos cas de variolés s'est élevée à 54o/o et sur un chiffre de 1294 enfants, pris au hasard de la clinique, dans les familles de patients traités au dispensaire pour affections autres que la dacryocystite, nous avons noté 389 mortalités au-dessous de 4 ans, soit une moyenne de 30o/o. Comme on le voit il y a loin entre cette mortalité et celle des issus de variolés ou de sujets atteints de dacryocystite ; cependant ces observations, faites pour offrir un point de comparaison, ont été recueillies sur des patients d'hôpital ; nous croyons que la mortalité serait inférieure à 30o/o si elle était recueillie dans des familles privées.

Le fait que 73 hommes et 200 femmes ont été atteints de dacryocystite vient aussi à l'appui de nos conclusions.

La constitution de la femme est naturellement plus faible que celle de l'homme. La femme est plus souvent et plus facilement malade et en ressent plus souvent les influences néfastes. Elle passe à travers des périodes critiques auxquelles l'homme n'est pas exposé ; les accouchements, l'allaitement et la fatigue qu'elles en éprouvent, les nuits d'insommies, les désordres utérins auxquels elles sont si sujettes, enfin l'apparition des règles et la ménopause constituent pour elles autant de causes de désordres constitutionnels qui peuvent retentir sur les muqueuses en général et en particulier sur celle des voies lacrymales.

Mentionnons aussi la nature impressionnable de la femme et les causes si fréquentes qui agissent par action réflexe sur ses voies lacrymales. N'en point parler serait de nature à laisser croire que nous considérons la femme aussi mal dotée que l'homme sous ce rapport et que tous deux partagent également les joies et les larmes de la vie. Il n'en est rien pourtant, la femme évidemment a le plus mauvais lot et il en résulte que ses voies lacrymales ont plus d'usure que les nôtres.

Toutes ces raisons réunies rendent compte de la plus grande fréquence de la dacryocystite chez la femme.

Toute chose égale d'ailleurs, le terrain étant préparé par un vice constitutionnel quelconque, il survient une torpeur nutritive constante, les infections intérieures et extérieurs sont favorisées, le terrain est devenu propice à l'éclosion et la culture des micro organismes, et la défense de l'organisme étant impuissante à y remédier, on voit surgir certaines manifestations diathésiques et parmi celles-là nous classons la dacryocystite.

96, rue St-Denis, Montréal.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ET

CURE RADICALE DU PIED-BOT VARUS EQUIN CONGENITAL

Par le docteur AMEDEE MARIEN

de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Le pied-bot est une attitude vicieuse telle que le pied ne repose plus sur ses points d'appui physiologiques.

Parmi les nombreuses variétés que présente à étudier cette difformité, qu'elle soit congénitale ou acquise, celle du pied-bot varus équin congénital, qui est de beaucoup la plus commune, fera seule le sujet de cette étude.

Attendu que son mode de traitement, pour être vraiment scientifique et radicalement efficace, doit obéir aux indications anatomiques, il est de toute nécessité de commencer par l'étude anatomo-pathologique de cette affection chirurgicale. Le meilleur guide pour le chirurgien qui se propose de redresser une difformité, c'est l'anatomie pathologique. C'est elle, en effet, qui nous fait connaître les obstacles contre lesquels nous avons à lutter.

Anatomie pathologique.—Tous les éléments qui entrent dans la constitution anatomique du pied depuis la peau jusqu'au squelette osseux peuvent participer soit en particulier, soit en commum, aux altérations caractéristiques du pied-bot varus équin congénital. Il est à noter cependant que presque toujours les os et les parties molles sont en même temps intéressés.

Abstraction faite des nombreuses théories plus ou moins hypothétiques émises sur la pathogénie de cette infirmité, l'anatomie nous apprend que le varus est l'élément principal qui imprime à l'organe les déformations les plus importantes et qui cause les plus grandes difficultés de redressement. Tout se passe, dit Kirmisson, comme si le pied avait subi autour de l'articulation médio-tarsienne un mouvement de torsion, portant en haut et en dedans la pointe du pied, tandis que son bord externe est dirigé en bas et en dehors. Aussi est-ce sur l'articulation médio-tarsienne et en particulier sur l'astragale que portent les lésions principales.

L'astragale est parfois considérablement défiguré ; il est aplati de haut en bas et subluxé en avant sur les os de la jambe. Sa partie postérieure est considérablement atrophiée et amincie. Mais les altérations les plus importantes sont celles de la tête et du col de l'os.

La tête de l'astragale peut être atrophiée ou allongée et dirigée en dedans. L'obliquité exagérée de la tête et du col par rapport au corps de l'os constitue un des obstacles les plus considérables qui s'opposent à la réduction.

Des recherches faites sur le squelette du nouveau-né montrent qu'il ne

s'agit pas là d'une déformation secondaire produite seulement dans les cas de pieds-bots invétérés, mais qu'il existe des modifications congénitales.

Du côté du *calcaneum*, il se présente assez souvent des déformations aussi importantes, mais elles ne sont pas constantes. L'os peut changer de direction à cause de l'équinisme. Son axe antéro-postérieur devient oblique, il peut même prendre une position verticale. L'apophyse postérieure est attirée en haut par le tendon d'Achille, tandis que l'apophyse antérieure fait saillie sur la peau dorsale de la face externe du pied.

Il peut aussi présenter parfois un affaissement ou plutôt une incurvation sur lui-même.

Les *os* de la deuxième rangée du tarse ne sont pas non plus à l'abri de ce bouleversement de la voûte plantaire. Mais ici les altérations portent bien plus sur les changements de position ou de direction que sur les déformations du corps même des os.

Ces os semblent bien plutôt souffrir des altérations et des vices de développement de leurs voisins, car en effet leurs rapports articulaires se trouvent profondément modifiés.

Les autres os du tarse ne présentent rarement que des modifications de peu d'importance.

Il va sans dire que toutes ces déformations osseuses grandissent avec l'âge du sujet.

D une part, le développement vicieux du système osseux qui va se continuer dans cette voie et qui parfois s'exagère sous l'influence d'un processus histogénique, d'autre part, la désagrégation de toute la voûte plantaire, concourent à augmenter la déviation du pied-bot et la résistance des éléments qui caractérisent cette entité pathologique.

Les *os de la jambe* eux-mêmes subissent dans quelques cas l'influence de l'équilibre interrompue. Ils présentent une torsion anormale de haut en bas et de dedans en dehors à tel point que la malléole interne est dirigée en avant et la malléole externe en arrière.

Certaines altérations pathologiques et des troubles de nutrition de tout le système osseux peuvent encore venir compliquer les difformités.

Sauf quelques rares exceptions qui sont plutôt le fait d'une association morbide, les muscles, les vaisseaux et les nerfs ne présentent pas d'altérations pathologiques.

Il n'en est pas de même du *système tendineux*. Tout le monde connaît la rétraction du tendon d'Achille et certains se contentent de le sectionner, croyant n'avoir à combattre que cet unique ennemi, pour corriger tous les pieds-bots varus équins. Mais ce n'est pas toujours aussi banal que cela, très souvent la rétraction d'autres tendons, tout en contribuant fermement à maintenir le pied dans une position vicieuse, nécessite un procédé opératoire des plus délicats.

Ce sont les tendons des muscles jambier postérieur et jambier antérieur, qui, à cause de leur voisinage avec les vaisseaux et les nerfs du pied, rendent l'opération réellement difficile.

Dans les cas de pieds-bots invétérés, les autres tendons peuvent aussi concourir à rendre le redressement plus laborieux.

De par l'étude des métamorphoses osseuses du squelette, d'après l'aperçu des modifications profondes des surfaces articulaires du pied, il est aisé de se rendre compte du bouleversement que doivent subir les ligaments articulaires et les capsules fibreuses.

L'on constate en effet que les *ligaments* et les *capsules fibreuses* du bord interne du pied, en particulier les faisceaux antérieurs du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne, le ligament astragalo-scaphoïdien constituent parfois une barrière infranchissable au redressement complet du pied. Ils sont retractés, épaissis et présentent sur certains points la consistance du tissu cartilagineux. L'on verra plus loin qu'il est nécessaire dans quelques cas d'aller jusqu'à la section du ligament en Y (clef de l'articulation de Chopart) pour corriger d'une façon définitive l'adduction forcée du pied. Monsieur Kirmisson qui a modifié fort heureusement le procédé de Phelps, le complète par ce dernier temps opératoire, la section du ligament en Y.

Après avoir passé en revue les os, les ligaments et capsules articulaires, les tendons, les vaisseaux et les nerfs, il reste encore à étudier deux autres territoires non moins importants. L'*aponévrose plantaire*, le *tissu cellulaire et la peau* sont, dans bien des cas, le siège d'une ferme résistance, lorsqu'on essaye, par exemple, de faire quelques efforts de redressement. Il est facile de se rendre bien compte du degré de rétraction de ces tissus en faisant des tentatives pour essayer de ramener le pied dans sa position normale. Si, à ce moment, l'on palpe le bord interne du pied l'on sent nettement sous les doigts une corde fortement tendue et facilement appréciable. C'est surtout la bandelette interne de l'aponévrose, celle qui va de la tubérosité du calcaneum à la base du premier orteil qui est le siège de la plus grande rétraction.

Pour ce qui est de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, la rétraction n'en est pas moins évidente, et si les tentatives de redressement sont brutales et trop brusquement entreprises, il peut se produire des fissures et même des déchirures verticales du derme et de l'épiderme.

Il va sans dire que toujours ces modifications sont peu accentuées chez les jeunes sujets, tandis qu'elles deviennent d'une importance très grande dans les cas de pieds-bots invétérés.

Traitement.—Pour instituer un traitement rationel et radical, il suffit de bien faire tout d'abord la topographie des éléments qui contribuent à constituer la difformité à corriger. Il sera alors facile de combattre méthodiquement les divers obstacles qui s'opposent au redressement du pied ou qui sont les agents de récidives constantes.

D'après l'énoncé qui vient d'être fait, l'on comprendra facilement qu'il est de la plus haute importance d'entreprendre le plus tôt possible la cure radicale du pied-bot varus équin congénital, car, comme l'enseigne l'anatomie pathologique, les obstacles s'accentuent rapidement avec le développement précoce du pied.

Malgré la délicatesse extrême de la peau chez le nouveau-né le traitement

par le massage doit être commencé environ deux à trois semaines après la naissance.

Ce laps de temps aura été généralement suffisant pour permettre d'observer si la nutrition de l'enfant se fait bien et pour s'assurer si l'état général permet l'intervention.

A cet âge, les déviations osseuses sont peu prononcées et la constitution histologique du tissu osseux et des parties molles permet d'obtenir, sans trop de difficultés, le degré de correction nécessaire qu'il suffira de maintenir assez longtemps dans une bonne position,au moyen d'un appareil, pour assurer la guérison définitive.

Avant d'entrer plus loin dans les détails du traitement opératoire, il ne sera pas hors de propos de reproduire ici quelques notes recuillies aux leçons cliniques spéciales de M. le professeur Kirmisson.

Il convient, dit-il, de bien préciser tout d'abord que, dans le pied-bot varus équin congénital, le seul dont nous nous occupions en ce moment, il est deux éléments destincts : 1° l'adduction et l'enroulement du pied autour de son bord interne, qui constituent le varus, 2° l'hyperextension de l'articulation tibio-tarsienne caractérisant l'équinisme. C'est pour n'avoir pas établi cette division essentielle qu'on a eu à enregistrer tant de récidives et tant d'insuccès dans la cure du pied-bot congénital. On a traité indistinctement, par la section sous-cutanée du tendon d'Achille, tous les pieds-bots d'origine congénitale, et l'on s'est imaginé avoir fait tout le nécessaire pour obtenir à la fois la guérison de l'équinisme et celle du varus. C'est là une erreur absolue. Sans doute, dans les cas où la difformité est très légère, la réduction s'obtient aisément au prix de quelques manipulations, et l'on peut, dans un même temps, agir à la fois sur le varus et sur l'équinisme. Mais pour peu que l'obstacle soit considérable, on se trouvera bien de faire la réduction en deux temps, en s'adressant : 1° au varus ; 2° à l'équinisme.

Contrairement à certains auteurs, le Dr. Kirmisson pense que jamais le traitement du pied-bot varus équin congénital ne doit commencer par la ténotomie du tendon d'Achille. Des deux éléments qui entrent dans la constitution de la difformité, c'est le varus qui est la condition la plus importante, c'est à lui qu'il faut s'adresser tout d'abord. Et de fait quand on examine les malades qui ont récidivé, à la suite de la section du tendon d'Achille, l'on est frappé de voir que, chez eux, l'équinisme est assez bien corrigé ; ce qui persiste, c'est le varus.

Si, au contraire, l'on a recours à la cure en deux temps, on a l'avantage, en respectant l'équinisme, de posséder, dans le tendon d'Achille retracté, un excellent point d'appui qui rend plus efficace les manœuves dirigées contre le varus.

Ainsi dans les cas où le massage est indiqué, principalement chez le tout jeune enfant, lorsque la nutrition paraît suffisamment assurée, l'on commence par lutter contre le varus. Saisissant alors solidement le talon de l'enfant entre le pouce et les doigts d'une main, l'opérateur, avec son autre main, doit porter la pointe du pied en dehors, par une série de petits mouvements successifs, d'intensité

croissante ; ce premier temps de l'opération doit être fait avec douceur, sans brutalité, mais avec énergie.

Si la peau du bord interne du pied est fortement rétractée et si elle menace de se fissurer, il faut redoubler de précautions ; il est bon, dans l'intervalle des séances, de la saupoudrer de poudre de riz ou d'amidon.

Les séances de massage seront répétées matin et soir pendant cinq minutes. Pour conserver le résultat obtenu après chaque séance, il faut, dans l'intervalle, immobiliser le membre au moyen d'un petit appareil. Voici comment on peut procéder. Après avoir enroulé tout autour du pied et de la jambe, en commençant à partir des orteils, une étroite bande de flanelle blanche stérilisée, l'on applique par-dessus une petite attelle en bois, que l'on maintient en place au moyen d'une autre bande de toile.

Il faut augmenter graduellement la pression de l'attelle tout en ayant soin de la changer de côtés, de façon à multiplier les points de pression et à éviter la production d'eschares.

Bien faites et suivies de l'application d'un appareil convenable, les séances de massage assurent la guérison du varus au bout d'un temps variable mais qui ne dépasse pas en général quinze jours à trois semaines.

Il reste encore l'équinisme à combattre : c'est le deuxième temps opératoire. Dans la majorité des cas il n'est pas nécessaire d'avoir recours à l'opération sanglante. Le massage seul, bien conduit, pourra encore avoir raison des difficultés de redressement. Cette fois, prenant à pleine main l'extrémité inférieure de la jambe, l'on imprime au pied, en totalité avec l'autre main, des petits mouvements de flexion sur l'extrémité inférieure du tibia, mouvements se passant dans l'articulation tibio-tarsienne. Il faut augmenter, chaque jour, l'intensité et la durée des efforts, jusqu'à ce que l'on arrive a placer le pied à angle droit sur la jambe.

Lorsque l'on a obtenu ce résultat, il faut songer à le conserver, se rappelant qu'il est deux éléments essentiels qu'on ne doit pas perdre de vue pour arriver à une guérison définitive ; il faut en effet : 1° reduire le difformité ; 2° la maintenir réduite. Il faudra pour cela, pendant longtemps, bien longtemps encore, faire porter à l'enfant des appareils contentifs, sous peine de voir se reproduire petit à petit la difformité. Ces appareils doivent être très simples et très légers ; c'est la botte en gutta-percha ou en cuir moulé, qui devra être appliquée par le chirurgien lui-même.

S'il arrive que la résistance opposée par la rétraction du tendon d'Achille soit telle que les manipulations les mieux faites ne puissent en triompher, il devient alors nécessaire de recourir à la section sous-cutanée du tendon d'Achille.

Malgré la bénignité et la simplicité de cette petite opération, il importe cependant, pour lui donner toute sa valeur et éviter toute chance d'accidents, de la pratiquer d'après des règles parfaitement précises.

Si la rétraction de l'aponévrose plantaire est assez considérable pour maintenir l'enroulement du bord interne du pied et mettre obstacle au redressement, il devient nécessaire d'en pratiquer la section, opération tout-à-fait dépourvue de gravité et d'une grande simplicité, si elle est faite d'une manière méthodique.

Il ne faut pas oublier qu'il est encore d'autres tendons dont la rétraction

concourt à maintenir la difformité et qu'il faut nécessairement sectionner, ce sont les tendons des muscles jambiers. L'on trouvera dans les Traités de Médecine opératoire, la description classique de ces opérations délicates qu'il serait superflu de reproduire ici.

Même combinées entre elles, les diverses ténatomies ne sauraient suffire à assurer dans tous les cas la guérison du pied-bot. Il est en effet des pieds très déformés, dans lesquels la retraction tendineuse est nulle.

Tout l'obstacle vient alors des os et des ligaments et capsules. Le redressement forcé, sous le chloroforme, qui complète parfois très-avantageusement l'opération sanglante, devient un moyen très puissant et très précieux. Il est suffisant à lui seul, dans bien des cas, pour obtenir une correction parfaite. Si le redressement complet n'a pu être obtenu en une seule séance ou s'il se produit des récidives, il faut recourir à des redressements successifs sous le chloroforme, de manière à arriver à un résultat définitif. Comme dans ces cas il s'agit toujours d'un sujet plus âgé et plus vigoureux, les appareils de contention, que l'on applique incessamment entre les séances de redressement, doivent immobiliser solidement le membre redressé. L'on obtient facilement ce résultat au moyen d'une gouttière platrée que l'on peut laisser en place pendant cinq ou six semaines ; après quoi le malade peut marcher avec une simple bottine munie de tuteurs latéraux en acier.

Enfin pour les cas graves de pieds-bots invétérés dans lesquels le système osseux et les parties molles sont conjointement intéressés, l'opération de Phelps, modifiée par Kirmisson (section des parties molles sur le bord interne du pied avec large arthrotomie médio-tarsienne et section du ligament en Y) est indiquée comme l'opération de choix.

Il faut bien entendu compléter ces diverses opérations en continuant assez longtemps le traitement par des séances de massage énergique, de l'immobilisation et de l'électrisation des muscles, si l'on veut lutter d'une façon définitive contre la tendance invincible à récidiver qu'il y a chez le malade atteint de pied-bot varus équin congénital.

Des bains chauds dans le traitement de la scarlatine.—Par J. Schill et G. Schellenberg.

Ces auteurs ont appliqué la balnéation chaude, le premier, dans 110 cas et le second dans 47 cas de scarlatine, chez des enfants. Les bains étaient donnés à la température de 35°, deux fois par jour pendant le premier septénaire de l'affection, puis une fois seulement. Leur durée était de dix minutes. Sous l'influence de ce traitement, qui agit en stimulant les fonctions de la peau, ils ont vu la scarlatine évoluer d'une façon notablement bénigne. Schill n'a noté parmi ses scarlatineux qu'un seul cas grave dans lequel la maladie s'est compliquée de phlegmon sous-maxillaire et de néphrite. Schellenberg n'a observé également qu'un seul cas de néphrite scarlatineuse, et cela chez un enfant qui n'avait pu être soumis à la balnéation chaude. Tous les autres petits scarlatineux traités par les bains chauds n'ont pas même présenté de trace d'albuminurie.—(*Sem. Méd.*)

OBLITÉRATION DU COL UTÉRIN.

Par le Dr J. LIPPE.

Communication faite à la section d'obstétrique de l'Association Médicale Britannique.

Le 20 Septembre 1893, je fus appelé, sur les 4 heures du matin, pour aller accoucher Madame A. P..., à six milles de chez moi. Je trouvai là une femme de taille moyenne, âgée de 38 ans, qui était à son premier accouchement. Elle souffrait des douleurs de l'enfantement depuis la veille au soir. Les tranchées étaient fortes et se succédaient presque sans interruption. Au toucher, rien d'extraordinaire aux parties externes, si ce n'est que les petites lèvres étaient très développées, et me rappelaient les nymphes des Hottentotes. Elles n'avaient pas moins d'un pouce de largeur sur deux de longueur. C'était la deuxième femme que je rencontrais avec des nymphes d'une telle dimension. Au vagin rien d'anormal, et je sentis la tête de l'enfant à travers les parois utérines ; mais d'orifice, point.

Je crus d'abord que j'avais affaire à une grossesse extra-utérine. Après examen, je me convainquis que l'enfant était bien renfermé dans la matrice, mais je ne pus découvrir aucune issue ; seulement je trouvai une petite dépression ou plutôt une petite rainure à l'iliaque gauche antérieur. Persuadé que j'étais en présence d'une agglutination de l'orifice externe, j'essayai d'en faire le débridement avec mon doigt. Malgré des efforts répétés, je ne pus y parvenir. Voyant qu'il fallait faire une ouverture artificielle, j'envoyai chercher mon confrère le Dr Riberdi.

Après avoir été mis au courant du cas, et avoir examiné la femme, il fut convaincu, lui aussi, que c'était non une agglutination, mais une oblitération complète du col, et qu'il fallait créer une sortie à l'enfant, à travers les parois utérines.

La femme, en apprenant qu'il n'y avait pas d'ouverture, et ne pouvant pas s'expliquer comment la conception avait pu avoir lieu, dit à son mari, malgré ses atroces douleurs : "Mais, comment as-tu pu faire pour l'engendrer ".

Il est si rare de rencontrer une oblitération complète qu'il nous répugnait de nous servir d'instruments tranchants, au moins pour commencer. Je dis au Dr Riberdi d'essayer avec des instruments obtus. Les tranchées continuaient à être très fortes et très rapprochées. Le Dr Riberdi se choisit un outil et essaya vainement de pénétrer dans l'orifice : il me céda la place. M'armant d'une espèce de stylet mousse, je le poussai droit au milieu du fond du vagin, et, après quelques secousses imprimées à l'instrument, j'eus la satisfaction de sentir qu'il faisait brèche, et aussitôt je m'aperçus que je venais de tomber en plein dans le col de la matrice.

La dilatation se fit alors lentement, et sur les 10 heures du soir, nous pûmes

extraire, à l'aide du forceps, une petite fille d'environ sept livres, qui ne demandait qu'à vivre et qui vit encore. Le reste des couches a été naturel.

Madame A. P... nous a dit qu'elle avait été réglée à 13 ans, et que ses règles avaient toujours été normales Je me rappelai que, dans le mois de Mai précédent, j'avais donné quelques opiacés à cette femme, pour des douleurs que j'attribuais à la compression que l'utérus exerçait sur les organes du bassin : lesquelles douleurs étaient disparues en quelques jours. C'est probablement alors qu'eut lieu l'inflammation qui oblitéra le col.

J'ai cru devoir rapporter ce cas, parce que l'occlusion du col de la matrice est excessivement rare, et qu'on n'en trouve que peu d'exemples dans les auteurs ; ensuite parce que l'on prétend que, quand il y a oblitération du col, il se trouve toujours quelque indice qui nous le fait découvrir. Ici, rien, absolument rien n'indiquait où il se trouvait. La surface n'avait aucune inégalité, et la seule place où il y avait une petite dépression, était à gauche, près de l'insertion antérieure de l'utérus sur le vagin ; cependant il nous fut prouvé que l'orifice était bien au milieu de l'axe du bassin.

St. Ambroise de Kildare, août 1897.

L'EMPLOI DES ANTISEPTIQUES ET SPÉCIALEMENT DU SUBLIMÉ DANS LES ACCOUCHEMENTS

(Conférence faite par M. Clément Godson devant le British Gynecological Society. (*Brit. Med Journal*, 23 janvier 1897).

M. Godson compare la statistique de la mortalité dans les hôpitaux dédiés à l'obstétrique avant et après l'emploi des antiseptiques. Il prend comme type le British Lying-in (accouchement) Hospital à Londres. En 1870, la mortalité était de 1 sur 19. Pendant ce temps les épidémies de la fièvre puerpérale étaient fréquentes, l'hôpital a souvent dû fermer ses portes pendant de longs mois, des sommes vastes ont été dépensées en travaux de désinfection, à modifier la structure selon les idées hygiéniques les plus modernes, à perfectionner les systèmes de ventilation et des fosses, mais malgré les frais énormes, rien n'a procuré l'amélioration permanente de l'état sanitaire de l'hôpital.

En 1880, l'emploi de l'acide phénique et plus tard du permanganate de potasse a été essayé, mais ce n'est qu'en 1886, avec l'introduction du traitement au sublimé que les bénéfices de l'antisepsie dans les accouchements se montrent d'une façon éclatante. Du mois de juillet 1886 au mois de décembre 1897, l'orateur constate 4,608 accouchements avec 11 morts (1/410) ; à partir du 1er janvier 1892 au 31 décembre 1896, 2,392 accouchements avec 3 morts (1/797). De ces trois morts aucun ne présenta trace de septicémie.

Le regretté M. Matthews Duncan, écrivant en 1870, avant l'introduction des antiseptiques dans la pratique obstétricale, donne la moyenne de 1/100 comme statistique de mortalité dans les hôpitaux de la Maternité les mieux conditionnés. En ville, écrit-il, la moyenne dépasse ce chiffre.

C'est par l'emploi des antiseptiques, défini par M. Matthews Duncan, comme la "propreté transcendantale," qu'on a vu dans ces dernières années la mortalité diminuer jusqu'à 11/40/00.

M. Duncan.

(*Revue de Thérap. Méd.-Chir.*)

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

LES APPAREILS DE MARCHE DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU MEMBRE INFÉRIEUR

Par M. Paul Reclus.

En 1878, au Congrès de Cassel, Hessing présenta à ses collègues un blessé atteint de fracture du membre inférieur et qui, au quinzième jour de son accident, marchait avec facilité, non pas avec des béquilles comme on l'avait proposé et pratiqué déjà, mais en s'appuyant sur le membre fracturé lui-même. C'était l'aube d'une révolution pour le traitement des ruptures des os ; elle fit de rapides progrès en Allemagne, son lieu d'origine, puis gagna l'Italie, la Suède, les États-Unis d'Amérique, mais parut s'arrêter aux frontières de France. En effet, à ce jour, dix-neuf ans après sa première application, la méthode n'a été discutée dans aucune de nos Sociétés savantes et notre littérature est très pauvre sur ce sujet : à peine trouve-t-on un article de Rieffel, un autre de Ricard et Demoulin dans les deux Traités de chirurgie en cours de publication, un compte rendu de Poremhky dans la *Semaine médicale*, une thèse de 1894, inspirée à Lapeyre par notre collègue M. Le Dentu, et une critique de M. Hennequin dans la *Revue d'orthopédie*. Encore, tous ces auteurs se montrent-ils hostiles au nouveau mode de traitement, et il faut en arriver à M. Cestan, mon ancien interne et mon ami, pour trouver un sérieux partisan des appareils de marche. Je l'ai suivi dans cette voie ; j'ai partagé sa conviction et c'est du résultat de nos recherches communes que je désire vous entretenir.

L'appareil de marche—l'appareil ambulatoire—comme on dit en Allemagne, repose sur un principe fort simple : il consiste à prendre, au-dessus du foyer de la fracture, un point d'appui suffisant pour un levier rigide, attelle de bois ou de fer qui transmettra au sol le poids du corps directement et sans agir sur les fragments osseux, isolés pour ainsi dire et soustraits aux pressions et aux mouvements dangereux. L'appareil qui réalise cette conception est peu compliqué, mais avant de décrire celui que, après plusieurs essais, M. Cestan et moi nous avons adopté, il nous faut ouvrir une parenthèse. Les appareils de marche sont utilisés dans plusieurs ordres de cas ; on y a recours pour les fractures de jambes, les fractures de cuisse et les fractures de la rotule ; on les emploie encore à la suite des ostéotomies et des ostéoclasies, enfin on les adapte même aux membres inférieurs après la résection tibio-tarsienne et fémoro-tibiale. Mais je veux ne parler ici que de faits sur lesquels j'ai une expérience personnelle ; je laisserai donc de côté les appareils imaginés pour les fractures de cuisse et les fractures de la rotule, pour les ostéotomies et les ostéoclasies, les résections fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes, et je ne décrirai que l'appareil de marche pour les fractures de jambes. Il est d'ailleurs le plus important puisque sur 49 cas relevés par M. Cestan et portés à 500 par l'adjonction de nos observations personnelles, les appareils pour fractures de jambes comptent pour 377, c'est-dire pour près des trois quarts.

Donc, pour une fracture de jambe, voici comment nous procédons : nous appliquons d'abord un premier appareil, une gouttière postérieure qui prend l

pied, correctement mis à angle droit, et qui remonte jusqu'au niveau de la jarretière, bien au-dessous du plateau tibial. Cette gouttière doit être fort légère et comprendra tout au plus six ou sept épaisseurs de tarlatane; elle sera posée dès le premier jour à moins qu'il n'y ait gonflement du membre, auquel cas on attendrait que la tuméfaction se dissipe. Cette gouttière est un simple appareil de contention ou de maintien qui a pour mission d'immobiliser les fragments rigoureusement réduits. Le lendemain, lorsque ce plâtre est bien sec, on enlève les bandes qui l'entourent et on procède à la confection de l'appareil de marche proprement dit. M. Cestan et moi nous l'avons réduit à sa plus simple expression. Il consiste en une lame de zinc ou de fer pliée en étrier et dont je vous montre ici le modèle; il est assez long pour que ses deux branches atteignent en haut le chapiteau tibial, tandis que, en bas, son extrémité inférieure, élargie en une sorte de semelle, descend jusqu'à trois ou quatre centimètres au-dessous de la plante du pied. Il nous faut, en outre, deux compresses plâtrées formées de quinze épaisseurs de tarlatane; elles sont larges de six centimètres environ et longues de 25 à 30 centimètres. Si nous y ajoutons une large bande de tarlatane imprégnée à l'avance de plâtre sec et plongée dans l'eau au moment voulu, nous avons tout ce qu'il faut pour bâtir notre appareil de marche

La technique est simple : on applique, en dedans et en dehors du membre fracturé, les compresses de tarlatane de façon à ce qu'elles s'appuient sur l'extrémité supérieure de la gouttière de maintien puis qu'elles remontent sur les parties latérales du genou et de l'extrémité inférieure de la cuisse; ces compresses plâtrées forment une sorte de lit sur lequel viendra se mouler l'extrémité supérieure des branches latérales de notre lame de zinc. Celle-ci sera placée et maintenue par un aide de façon à ce que son sous-pied soit distant de trois centimètres de la plante du pied, tandis que ses branches latérales, remontant dans l'axe des malléoles, atteindront les compresses de tarlatane dans lesquelles leur extrémité supérieure s'encastrera. On rabattra alors sur la lame de zinc la portion libre des compresses, celle qui remontait vers le genou et la cuisse et on solidarisera le tout par des tours de bande plâtrée. On séchera le plâtre avec des bandes de toile qu'on enlèvera le lendemain et le fracturé pourra, dès ce jour là, commencer à marcher. Tel est cet appareil ambulatoire plus facile à faire qu'à décrire. On voit qu'il répond aux principes que nous invoquions au début, puisqu'il prend sur l'évasement du tibia, sur cette saillie en forme de chapiteau que forme l'os à son extrémité supérieure, un point d'appui grâce auquel la lame de zinc transmet directement au sol le poids du corps en isolant la fracture, en la suspendant, pour ainsi dire, hors de toute atteinte et en la sauvegardant contre les pressions dangereuses.

Nous avons appliqué huit fois cet appareil de marche dans notre service de Laënnec, mais comme trois de nos blessés sont encore dans leur appareil, je me contenterai de vous donner ici le résumé rapide de nos cinq premières observations. La première a trait à un manouvrier de Puteaux entré, à la fin de janvier, pour une fracture oblique du tiers inférieur de la jambe et occasionnée par la chute d'une pièce de fonte. Il était depuis cinq ou six jours dans une gouttière plâtrée banale lorsque M. Cestan me demanda d'essayer d'un appareil de marche. Il l'applique le 1er et le 2 février; dès le 3, le blessé marchait avec une béquille et une canne, puis avec deux cannes, puis avec une seule. Au quarantième jour, les attelles et la gouttière étaient enlevées et le malade se rendait à pied de Laënnec à la rue de l'Abbaye et gravissait l'escalier difficile de la Société de chirurgie où mes collègues constataient encore l'existence de quelques mouvements anormaux. Après quinze jours de massage, je leur ramenai de nouveau mon malade et le résultat plastique et fonctionnel fut alors jugé parfait.

Il s'agissait, la deuxième fois, d'un homme de trente-cinq ans atteint d'une fracture bi-malléolaire grave, avec déviation marquée du pied, élargissement de la région tibio-tarsienne, ballottement articulaire et très vives douleurs. M. Cestan et moi, nous appliquons, le premier jour, la gouttière de maintien, le

second jour les contreforts et les attelles. Au bout de trois jours, le malade marchait avec deux cannes, au bout de la semaine avec une seule et au commencement de la troisième semaine faisait le pèlerinage de l'hôpital à la rue de l'Abbaye où la facilité et surtout l'indolence de sa marche frappèrent beaucoup mes collègues. Au quarantième jour, l'appareil fut enlevé et, comme dans notre premier cas, le malade quittait l'hôpital, guéri, sans raideur de jointure, sans atrophie musculaire, sans œdème autour des malléoles et il marchait sans gêne ni douleur. C'était donc un rapide et beau succès.

Notre troisième blessé était un journalier de soixante-deux ans qui, en déchargeant une voiture, se fit encore une fracture bi-malléolaire avec renversement ou mieux luxation du pied en dehors et en arrière. Un camarade pratiqua la réduction immédiate en exerçant sur le pied une traction violente. Il entre à l'hôpital et le 23 et le 24 avril nous appliquons notre appareil de marche. Dès le surlendemain le blessé circulait dans les salles en s'aidant d'abord de deux cannes, puis d'une seule; il va au cabinet tout seul, descend l'escalier, se promène dans les cours; au quinzième jour, il se rend à la Société de chirurgie et en revient, après arrêt obligatoire, il est vrai, chez le marchand de vins, et nous quitte au quarantième jour, parfaitement guéri, avec une jointure souple, sans raideur, sans atrophie musculaire, sans œdème autour des malléoles. En un mot, le résultat est excellent de tous points.

Notre quatrième malade est un menuisier de trente ans qui, dans une rixe, eut la jambe brisée d'un coup de pied à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. Il s'agissait d'une fracture oblique avec fragment supérieur taillé en bec de flûte et saillant sous la peau; on la réduit avec quelque difficulté et le blessé est mis dans un appareil de marche. Ce fut un de nos meilleurs coureurs; il avait institué dans les salles des courses de vitesse avec le journalier de l'observation précédente, son voisin de lit et qui, sans doute, à cause de son âge, se laissait vaincre d'ordinaire. Cependant, vers le quinzième jour, notre homme éprouve une douleur au mollet, nous enlevons la gouttière et nous trouvons une excoriation de la peau provoquée par la pression de l'appareil. Lorsque après cinq ou six jours de repos, nous nous préparions à mettre une nouvelle gouttière, notre malade, qui, à notre insu et malgré notre défense formelle, s'était mis à marcher, et le faisait avec facilité, ne voulut plus entendre parler d'appareil. Il resta encore quelques jours dans nos salles et lorsqu'il nous quitta, le 10 juin, juste 27 jours après sa fracture, la guérison était parfaite.

Notre cinquième malade est un tailleur de pierre de vingt-neuf ans, rentré dans nos salles avec une fracture bi-malléolaire qu'il s'était faite en descendant d'un trottoir, son observation est calquée sur les précédentes. Même facilité pour la marche après application de l'appareil. Au quinzième jour nous voulons changer les attelles appliquées gauchement par un externe et d'aspect assez disgracieux, quoique excellentes d'usage, et nous trouvons une consolidation déjà fort avancée, le blessé appuie le pied sur le sol sans éprouver la moindre douleur; ici encore la guérison a été heureuse et rapide. Je suis bref car je voudrais vous parler d'un sixième malade, bien qu'il soit encore dans son appareil, parce qu'il s'agit d'un individu particulièrement douillet et pusillanime. C'est un télégraphiste qui, renversé par une voiture, a eu une fracture transversale du tiers moyen de la jambe. Nous appliquons l'appareil, mais le malade particulièrement douillet et très pusillanime, se refuse à mettre le pied par terre; il redoute une nouvelle fracture et des douleurs trop vives : il s'y décide enfin, sur nos vives instances et maintenant il circule, non sans quelque fierté, au milieu de nos salles, mais il lui faut encore deux cannes.

Ces faits vont nous permettre de répondre, observations en mains, aux objections que les adversaires de la méthode opposent aux appareils de marche. Et d'abord, nous demande M. Hennequin, votre appareil de marche n'usurpe-t-il pas son nom ? Et il nous dépeint le fracturé appuyé sur un infirmier à droite sur une béquille à gauche et ne posant sur le sol, qu'avec difficulté, son pied

allourdi par le plâtre. En vérité, ce tableau n'est pas exact et je vous ai montré mes malades marchant d'abord avec deux cannes, puis avec une seule et pouvant franchir, dès la première ou la deuxième semaine de leur accident, le long trajet qui sépare l'hôpital Laënnec de la rue de l'Abbaye et gravir le haut et rapide escalier de la Société de chirurgie. Certainement, M. Hennequin a raison de dire que le terrassier ne reprendra pas sa brouette et que le porteur à la Halle ne chargera pas un sac de farine. Mais il est d'autres professions, moins pénibles que celle-là, et Kraüse, avec une fracture bi-malléolaire, reprenait ses visites au sixième jour, montait des escaliers, marchait pendant des heures et n'en était pas moins guéri et bien guéri à la quatrième semaine. Cestan nous cite plusieurs exemples analogues, entr'autres celui d'un malade de Kirsch qui, au deuxième jour d'une fracture de jambe, retournait de Francfort à Berlin et reprenait ses occupations. C'est dire qu'un notaire, un banquier, un magistrat, pourra se remettre à ses travaux et même qu'un chef d'usine pourra surveiller ses ateliers.

Et puis, ajoutent nos contradicteurs, le membre, pressé par le poids du corps contre l'appareil de marche, ne va-t-il pas devenir le siège d'eschares qui retarderont d'autant la guérison définitive, de telle sorte que vous aurez acheté d'un plus long séjour à la chambre l'avantage, plutôt apparent et bien illusoire, de poser le pied à terre. Mais ceci est encore une objection théorique. Et à l'usage on voit que ce danger n'existe vraiment pas. Certainement, une eschare peut toujours se produire sous un appareil plâtré quelconque ; il n'est même pas besoin de marcher pour cela et on en a observé, même au lit. Mais une surveillance attentive ôte, à cet accident, toute sa gravité. Il ne faut pas que le malade souffre dans son appareil ; à la première douleur on enlèvera le plâtre, car cette douleur prouve que le plâtre est mal mis et on en mettra un second. Dans une de mes observations, celle de ce malade qui, dans une rixe avait eu la jambe cassée d'un coup de pied, le blessé a accusé de la souffrance au bout de quinze jours et nous en avons été quitte pour enlever notre plâtre. La guérison n'en fut pas moins très rapidement obtenue. Donc rien à craindre de ce côté, à condition, il est vrai, d'exercer une très active surveillance. Mais nous n'avons plus à apprendre que la tranquillité du malade est faite des anxiétés du chirurgien.

Troisième objection : le foyer de la fracture, sans cesse sollicité par la marche, se consolidera mal et lentement. Eh bien ! c'est justment le contraire qu'on observe : nous n'invoquerons pas ici nos cas personnels où une fois le cal a paru se faire dans les limites nouvelles et où cinq fois il a été visiblement beaucoup plus précoce : on pourrait nous dire qu'il s'agit là d'une petite série heureuse, mais les relevés de M. Cestan, qui portaient, nous l'avons vu, sur 490 cas, sont, à ce sujet, singulièrement instructifs. Et l'on y constate que la consolidation des fragments cassés a été obtenue de dix à vingt jours plus rapidement dans les appareils de marche que dans les appareils immobilisateurs ordinaires, et l'argument est assez péremptoire pour qu'il me semble inutile d'insister. Et ce n'est pas tout encore : consolidation osseuse et guérison ne sont pas synonymes et l'os peut être déjà résistant que le blessé ne peut marcher encore ; les muscles sont atrophiés par l'inaction, les tendons ankylosés dans leurs gaines et les jointures enraidies, sans parler des œdèmes du tissu cellulaire et de la peau. Or, justement, les appareils de marche suppriment ces complications, d'où consolidation osseuse et guérison deviennent deux termes qui se correspondent beaucoup mieux.

Mais, pour être juste, il faut reconnaître qu'en France ce résultat était déjà acquis et nous en devions la conquête à notre collègue, M. Championnière, qui nous a montré depuis longtemps combien était faux et dangereux l'ancien dogme de l'immobilisation absolue des fractures. Dans le traitement des ruptures des os, il y a deux indications d'apparence contradictoire : réduire les fragments et les immobiliser pour permettre leur consolidation et l'ancienne chirurgie n'avait étudié que ce côté du problème. Mais il y a l'autre indication : nourrir les mus-

cles qui s'atrophient dans l inaction, s'opposer à l'enraidissement des gaines tendineuses et des jointures que provoque l'immobilité du membre. Grâce à M. Championnière, nous nous préoccupons maintenant de ce second facteur et nous conjurons ces accidents par le massage et la mobilisation précoce des articulations. C'est là un incontestable progrès. Or, il se trouve que ce massage et cette mobilisation sont assez difficiles à pratiquer dans certaines fractures de jambe, celles justement où est surtout indiqué l'appareil de marche qui, lui aussi, nourrit les muscles, et mobilise les gaines et les jointures. Voilà pourquoi il me paraît vraiment utile et j'ai cru intéressant de vous communiquer, avec mes premières observations, le résultat de ma toute récente expérience.

Les abcès rètro-pharyngiens aigus chez les enfants

Par Ci opatt.

L'auteur rapporte six cas d'abcès rétro pharyngiens aigus chez des enfants âgés de deux mois à deux ans : trois âgés de moins d'un an : deux étaient dans leur deuxième année et le dernier âgé de deux ans. Dans un cas, une otite purulente paraissait jouer le rôle principal dans l'éclosion de la maladie, dans un autre cas, on aurait pu probablement incriminer l'influenza comme cause déterminante. Les phénomènes locaux qu'on observe dans les abcès rétro-pharyngiques peuvent être ramenés à deux groupes : ceux dus aux troubles de la respiration et ceux dus aux troubles de la déglutition. La nutrition générale et le sommeil sont toujours troublés, il y a aussi toujours de la fièvre et quelquefois, mais rarement, des crises d'éclampsie. La voix est nasillarde, quelquefois on observe une immobilité particulière de la tête. Les troubles respiratoires peuvent devenir inquiétants et conduire à une dyspnée grave. Dans quelques cas sub-aigus, l'organisme paraît se plier petit à petit aux conditions nouvelles créées par l'abcès, de sorte que les troubles sont peu marqués. Le pronostic est bénin quand l'abcès a été reconnu et traité de bonne heure ; mais quand la maladie a été méconnue, la présence de l'abcès non reconnue,—ce qui arrive dans les cas à marche sub-aiguë, quand les troubles respiratoires sont peu accentués,—le pronostic peut devenir grave. Quand la maladie est reconnue avant la formation de l'abcès, chose d'ailleurs très rare, on peut tenter d'empêcher sa formation ; mais dès que l'abcès est formé, le meilleur traitement, c'est l'incision.

On ne doit pas oublier que l'abcès ouvert peut se refermer à nouveau et du pus se produire à nouveau dans la cavité close, ce qui est arrivé dans un de ces cas traités par l'auteur. Dans ce cas, une deuxième incision sera nécessaire et quelquefois une troisième.—*Journ. de Cl. et Thér. Inf.*

Méningisme hystérique fébrile, par Tibaudel. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 12 septembre 1896.

Le méningisme hystérique est d'un diagnostic très difficile quand il y a un état fébrile. — Une enfant de 15 ans, chlorotique, d'une susceptibilité nerveuse extrême, n'ayant jamais eu de crises, fut atteinte, à la suite d'une indigestion, de céphalée avec vomissements. La température s'élevait à 38°, 7. Pouls 128. Pendant quelques jours, la céphalée persista malgré le retour de la température à la normale. Vers le 7e jour, une nouvelle ascension thermique se produisit. Un examen complet révéla l'existence d'une série de stigmates hystériques. L'auteur eut alors recours au traitement psychique et vers le 9e jour tout rentrait dans l'ordre.

Il y aurait lieu, d'après l'auteur, de distinguer le méningisme hystérique fébrile du méningisme hystérique apyrétique.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DE LA VALEUR COMPARATIVE DES PRINCIPALES MÉTHODES DE TRAITEMENT DE L'HÉMORRHAGIE LIÉE A L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

Par M. C. Juge. (*Thèse de Paris*, 1896).

Le double but qu'on se propose, en cas d'hémorrhagie par l'insertion vicieuse. est d'arrêter l'écoulement sanguin et de hâter l'expulsion du fœtus.

Le tamponnement vaginal, avant l'ère antiseptique, donnait de mauvais résultats : ainsi King donne une statistique de 85 tamponnées avec 19 morts (22 0/0), et Müller cite le pourcentage de 21 0/0 de mortalité maternelle sur un ensemble de 161 cas. L'infection était la grande cause de mort.

Néanmoins, les statistiques de cette époque fournissent quand même d'utiles éléments d'appréciation sur l'efficacité du tamponnement, aussi bien comme moyen hémostatique que comme agent provocateur du travail. Sur 128 cas de Müller, 16 fois le tampon subit un échec complet; 78 fois, la contraction survint :

Dans l'espace de une heure	5 cas
Dans l'espace de une heure à cinq heures	22 —
Dans l'espace de six heures à douze heures	28 —
Dans l'epace de douze heures à vingt-quatre heures	9 —
Dans l'espace de vingt-quatre heures à quarante-huit heures	6 —
Dans l'espace de trois jours	5 —
Dans l'espace de quatre jours	2 —
Dans l'espace huit jours	1 —

Le tamponnement, d'après Juge, est dans près de la moitié des cas impuissant contre l'hémorrhagie ou incapable de provoquer le travail. En réunissant les différentes statistiques publiées dans les mémoires récents, Juge arriva à une mortalité maternelle de 26, 8 0/0 et à une mortalité fœtale de 77, 6 0/0 en moyenne.

La version bipolaire de Braxton-Hicks, qui a obtenu un succès rapide en Angleterre et en Allemagne donne une mortalité fœtale de 78 0/0 et une mortalité maternelle de 6 0/0.

La rupture simple, mais large des membranes, qu'il y ait ou non engagement de la présentation, a donné à M. Pinard 63 succès complets sur 66 cas. A la clinique Baudelocque, sur 73 cas d'intervention pour hémorrhagie par insertion vicieuse (de 1890 à 1895) 45 fois la rupture des membranes fut seule nécessaire et donna 45 succès immédiats contre l'hémorrhagie; 19 fois on fut obligé de recourir ensuite au ballon Champetier, l'hémorrhagie continuant ou la dilatation ayant besoin d'être rapidement complétée. Les résultats définitifs ont été, pour cette statistique, 2,74 0/0 de mortalité maternelle et 37 0/0 de mortalité fœtale.

" Le ballon de Champetier a été quelquefois placé en dehors de l'œuf, c'est-à-dire entre les enveloppes ovulaires et la paroi interne de l'utérus. Les résultats ont été médiocres. Cette manœuvre constitue néanmoins et malgré tout un puissant moyen de dilatation rapide du col, et, dans le cas, très improbable, où les membranes seraient inaccessibles et fuiraient devant la pointe du perce-membrane, on pourrait y avoir recours à défaut de mieux.

" Introduit à l'intérieur de la cavité amniotique après large déchirure des membranes, le ballon de champetier donne d'excellents résultats Son action hémostatique est constante et certaine. De plus, il dilate le col avec rapidité et permet de terminer l'accouchement dans un temps très court.

" La rupture des membranes, combinée avec l'introduction du ballon de Champetier dans l'œuf même est indiscutablement bien supérieure au tamponnement. Elle est bien près d'être la perfection même."

(Nous avons tenu à analyser aussi fidèlement que possible le travail de M. Juge. L'impartialité de son jugement, fondé sur la seule observation des faits, donne à sa thèse une réelle valeur scientifique.)

L. Démelin.

(*Revue des mal. des femmes.*)

UN PROCÉDÉ POUR PRATIQUER SANS INCONVÉNIENTS LES INJECTIONS VAGINALES PENDANT LES SUITES DE COUCHES.

Chez les nouvelles accouchées les irrigations du vagin offrent, comme on sait, l'inconvénient de provoquer parfois, même si l'on observe l'asepsie la plus complète, des accès de fièvre d'origine évidemment infectieuse. Il s'agit dans ces cas, non d'une contamination accidentelle venue du dehors, mais d'une auto-infection par les microbes se trouvant dans le vagin et dont la dissémination est singulièrement facilitée par la douche vaginale donnée d'après la méthode usuelle, c'est-à-dire en faisant usage d'un jet ascendant de liquide. Dans ce cas les microbes pathogènes sont souvent entraînés jusque dans le col de la matrice, et le liquide, en distendant brusquement les culs-de-sac vaginaux, peut aviver des plaies déjà en voie de cicatrisation et ouvrir ainsi de nouvelles portes d'entrée à l'infection.

Afin d'éviter ces accidents, susceptibles d'amener parfois des conséquences plus ou moins graves, M. le docteur F. Ahlfeld, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Marbourg, se sert pour les injections vaginales d'une canule en verre fermée à son extrémité utérine et présentant sur toute sa longueur de petites ouvertures dirigées obliquement de haut en bas dans l'épaisseur de ses parois. De cette façon l'irrigation se fait, non au moyen d'un jet ascendant, mais par une série de filets d'eau s'écoulant de haut en bas le long des parois vaginales

Avant de procéder à l'injection, notre confrère a soin de bien nettoyer la vulve et l'orifice du vagin au moyen d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution antiseptique. Ceci fait, il prend la canule et après l'avoir préalablement stérilisée en la plongeant dans l'eau bouillante, l'adapte au tube de caoutchouc du récipient, fait couler la quantité de liquide nécessaire pour chasser l'air du tube et de la canule, puis introduit celle-ci dans le vagin jusqu'à ce que son extrémité vienne affleurer le museau de tanche. L'injection est d'abord donnée sous une faible pression qu'on augmente ensuite graduellement. On a soin, s'il s'agit d'une femme ayant accouché depuis quelque temps déjà et dont le vagin est revenu à l'état normal, de faciliter le retour du liquide injecté en dilatant avec la canule l'orifice vaginal.

Depuis qu'il procède de cette façon, M. Ahlfeld n'a plus observé d'accidents fébriles à la suite d'injections vaginales pratiquées au cours de la période puerpérale. (*Rev. des mal. des femmes.*)

HÉMORRHAGIE PAR INERTIE UTÉRINE.

Par M. le Prof. Tarnier.

Dans notre dernière réunion, je vous ai parlé des hémorrhagies par inertie utérine, de leur abondance, de leur soudaineté. Je vous ai dit que, de tous les

traitements, le meilleur, à tous les points de vue, est celui qui consiste à introduire, sans perdre une minute, la main dans la cavité utérine pour débarrasser l'utérus de tout ce qu'il contient ; pour le débarrasser des caillots et du placenta, si la délivrance n'est pas faite,—des caillots seulement si la femme est déjà délivrée.

Ce n'est qu'*après* avoir vidé l'utérus qu'on fait une injection intra-utérine d'eau chaude, d'eau à 48 ou 50 degrés, si c'est nécessaire.

Dans le cas particulier qui nous occupait, samedi dernier, on avait vidé d'abord l'utérus, et fait ensuite une injection intra-utérine chaude et la femme s'était rapidement rétablie.

Hier, un nouveau cas d'hémorrhagie par inertie utérine se produisait dans le service.

Il s'agissait d'une multipare, enceinte pour la troisième fois. Cette femme a ressenti les premières douleurs le 8 mai à 10 heures du matin. Ces douleurs continuèrent dans la journée, allant en augmentant et enfin la femme entre dans le service ce même jour à 7 heures du soir. Les membranes étaient intactes. La femme continue à souffrir. L'enfant se présentait en O. I. G. A.

Le lendemain, dimanche, 9 mai, à 8 heures du matin, les membranes se rompent et l'accouchement se termine fort bien.

On surveillait l'accouchée, comme on a l'habitude de le faire dans le service. Cinq minutes à peine après que l'accouchement était terminé, on s'aperçut que l'utérus devenait volumineux, qu'il était un peu mou ? La mollesse de l'organe démontrait qu'il y avait de l'inertie utérine (puisque la rétraction ne se produisait pas), et le volume allant en se développant indiquait qu'il devait y avoir une hémorrhagie interne.

On s'empressa aussitôt de masser le ventre, de le comprimer pour le faire se rétracter et aussitôt le sang jaillit en telle abondance de l'utérus que c'en était effrayant. On put en recueillir une grande quantité dans une cuvette et il en tomba pas mal en dehors du vase, qui fut perdu. La partie récoltée—on la pesa plus tard—arrivait au poids de 1.340 grammes. Vous voyez que c'est considérable.

On appela immédiatement Mlle Hanicot qui se précipita auprès de la malade pour lui porter secours.

Que fallait-il faire ?—Fallait-il ordonner que l'on préparât une injection chaude ? Mais on n'en aurait pas eu le temps et, pendant les préparatifs, l'hémorrhagie aurait continué de plus belle et il y a la certitude presque absolue que la femme aurait succombé avant même qu'on eût pu commencer à lui donner l'injection.—Il fallait donc agir plus promptement. C'est, d'ailleurs, ainsi que l'avait jugé Mlle Hanicot. Elle introduisit donc la main dans l'utérus sans attendre une seconde. Elle trouva que le placenta était encore adhérent, elle le décolla vivement et put l'extraire sans autre difficulté en retirant en même temps tous les caillots qui remplissaient la cavité utérine.

A peine l'utérus fut-il débarrassé de son placenta et des caillots qui le gonflaient que l'hémorrhagie s'arrêta. L'effet avait été instantané.

Eh bien ! si on avait hésité, si l'on avait voulu essayer d'arrêter l'hémorrhagie par une injection chaude—même ici, dans le service, où tout est toujours prêt pour faire des opérations—que serait-il arrivé ?—Aurait-on décollé le placenta ?—Non.—Peut-être, si l'hémorrhagie n'avait pas emporté la femme pendant les quelques instants exigés pour faire l'injection elle-même, peut-être serait-on arrivé à faire contracter l'utérus (ce qui est peu probable) ; mais, dans ce cas même, le résultat obtenu aurait été loin d'être satisfaisant, car, en somme, on n'aurait fait qu'emprisonner le placenta dans l'utérus.

Il fallait donc faire ce qui a été fait et seulement ce qui a été fait. Non point que je sois l'ennemi des injections intra-utérines chaudes ; j'en suis, au contraire, le très grand partisan. Mais, dans les hémorrhagies abondantes, les injections chaudes ne doivent pas être le premier moyen auquel on doit avoir

recours ; ce n'est pas par les injections intra-utérines chaudes qu'il faut commencer. Il faut d'abord vider l'utérus, on complète ensuite le traitement par une injection intra-utérine chaude.

Mais une fois l'hémorrhagie arrêtée, nous n'en avions pas fini. Cette pauvre femme avait perdu tant de sang qu'elle était d'une extrême paleur et qu'il semblait qu'elle allait mourir. Il fallait donc se préoccuper de son état général, agir pour la remonter.

Dès que l'utérus fut vide, vous ai-je dit, l'hémorrhagie s'arrêta, avant même que ne fut donnée l'injection intra-utérine chaude. On n'en fit pas moins cette injection, et on fit bien. Mais cela ne suffisait pas, il fallait porter secours à la malade, qui menaçait de passer. On lui donna aussitôt de l'alcool, de l'eau-de-vie pure. On lui fit ensuite des injections d'éther, et enfin, on eut recours à un moyen très puissant : on lui fit sous la peau des injections de sérum artificiel. On lui injecta, en plusieurs fois, 500 grammes de sérum. Dès la première injection sous-cutanée, la malade se remonta. On fit successivement plusieurs injections, jusqu'à concurrence de 500 grammes de sérum artificiel. Elle alla toujours se remontant, et son état est beaucoup meilleur. On avait, dès la première injection sous-cutanée, jugé que les injections intra-veineuses, ce dernier moyen, ne seraient pas nécessaires.

On a, depuis son accouchement, examiné les urines de cette malade, et l'on a trouvé ces urines albumineuses. Or, on sait que l'albuminurie est une cause prédisposante aux hémorrhagies,—le fait a été mis en évidence par M. Blot dans sa thèse inaugurale.

Notre malade nous a dit avoir eu, pendant sa grossesse, des maux de tête, ce qui est un des symptômes de l'albuminurie.

Il est certain que si nous avions vu cette femme pendant le cours de sa grossesse, lorsqu'elle a été atteinte de ces maux de tête dont je viens de vous parler, il est certain, dis-je, que nous aurions soupçonné l'albuminurie, et que nous aurions mis la malade au régime lacté.

Vous vous rendez compte de l'importance qu'il y a à bien observer tous les symptômes qui se montrent dans le cours d'une grossesse.

Voici un fait qui démontre encore toute cette importance.

M. Blot,—que je viens de vous citer,—devenu agrégé de l'Ecole et membre de l'Académie de médecine, eut à donner ses soins à une cliente, qui habitait quai Voltaire Cette femme était albuminurique. M. Blot la soigna, pendant sa grossesse, du mieux qu'il le put. On ne connaissait pas encore alors le traitement de l'albuminurie par le régime lacté. Mais, préoccupé qu'il était de cette albuminurie au point de vue d'une hémorrhagie possible, il crut devoir prévenir la famille. Il dit ses craintes au mari.—Que craignez-vous, lui demanda celui-ci ? —Mais je crains une hémorrhagie pendant ou après la délivrance.

M. Broca, qui était l'ami et de M. Blot et de la cliente, fut mis au courant de la situation par M. Blot, qui le pria de se tenir prêt, en cas de besoin, à prêter son aide. M. Broca habitait ce même quai Voltaire, tout à côté de la dame albuminurique.

Enfin arriva le terme de la grossesse. La femme fut prise des douleurs, M. Blot l'accoucha. Mais aussitôt après l'accouchement, une hémorrhagie se déclara. M. Blot envoya chercher M. Broca, mais quoi que l'on pût faire, on ne vint pas à bout de l'accouchement, et la pauvre femme mourut entre les bras des deux médecins.

Chez la malade de notre service, le traitement a été fait à temps, et il a été bien fait ; c'est à lui que cette malade doit la vie.

Les cas d'hémorrhagies, suivies de mort, sont aujourd'hui moins fréquents qu'autrefois. Les injections d'éther—que nous devons à M. le professeur Verneuil—sont un bon stimulant, qui aident beaucoup à relever les malades anémiées par les pertes de sang qu'elles ont subies, et le sérum artificiel, en injections sous-cutanées, est un excellent moyen pour relever les forces.

Ici, dans le service, on a toujours du sérum artificiel tout prêt en cas de besoin. Ce sérum est composé d'eau stérilisée, dans laquelle on fait dissoudre 10 grammes de chlorure de sodium par litre.

M. Dieulafoy m'a dit que, depuis quelque temps, il ajoutait à cette eau salée cinq centigrammes de benzoate de caféine (par litre de sérum).

J'ai dit à M. Dieulafoy que j'essayerais moi-même de cette addition dans notre sérum artificiel. Et aujourd'hui, c'est ainsi que notre sérum est préparé. C'est avec le sérum artificiel additionné de benzoate de caféine qu'ont été faites les injections hypodermiques chez notre dernière malade.

(*Journal des sages-femmes*).

MENSURATION DE LA TETE FŒTALE PENDANT LA GROSSESSE.

Par M. le Prof. Tarnier

Cette question de la mensuration de la tête fœtale pendant la grossesse est de la plus grande importance quand on se trouve en présence d'un bassin rétréci. Lorsque l'on reconnaît l'existence d'un rétrécissement du bassin, on dit bien—en suivant les doctrines nouvelles—qu'il n'y a pas à s'en préoccuper autrement ; car le moment venu, si la femme accouche spontanément, tout est bien, et, dans le cas contraire, si l'accouchement ne peut pas se faire naturellement, on aura recours à la symphyséotomie. Pour mon compte, je dois dire que je ne suis pas partisan de cette manière de procéder, et cela, parce que, tout simplement, avec la symphyséotomie on perd encore un peu plus de 10 pour 100 des femmes opérées ; c'est-à-dire que, sur dix femmes chez lesquelles on fait la symphyséotomie, il y en a au moins une qui est vouée à la mort.

Je préfère la vieille méthode de l'accouchement prématuré qui me laisse toujours ce bénéfice que si je ne puis pas terminer par cette opération, il me reste encore, en fin de compte, la ressource de la symphyséotomie.

Et d'ailleurs on a proposé, dans certains cas de bassin très rétréci, d'associer l'accouchement prématuré à la symphyséotomie. C'est même ainsi que j'ai fait la première fois que j'ai pratiqué cette dernière opération. Et — soit dit en passant — les Italiens, qui réclament pour eux la priorité en ce qui concerne l'association de la symphyséotomie à l'accouchement prématuré, se trompent absolument : votre professeur, ici présent, avait terminé ainsi un accouchement dix ans avant que les Italiens eussent employé cette méthode.

Le moment de faire l'accouchement prématuré doit être fixé d'après le diamètre du rétrécissement et celui de la tête du fœtus, et vous concevez quel grand intérêt il y a à connaître à l'avance le volume de la tête fœtale.

On a bien des données générales sur les dimensions de la tête du fœtus, mais ces données sont seulement approximatives et tout à fait insuffisantes.

Différents systèmes ont été mis en pratique pour apprécier le volume de la tête fœtale.

Les anciens examinaient la tête du père de l'enfant, celle de la mère et, si celles-ci étaient fortes, ils en déduisaient que celle de l'enfant devait être forte aussi, et réciproquement. Mais ce n'étaient là que des probabilités, et des probabilités peu probantes, peu satisfaisantes.

En 1871, Ahlfeld, de Berlin, a voulu établir une relation entre la longueur du fœtus et le diamètre bi-pariétal de la tête. Mais, en admettant que cette relation soit constante, faut-il encore connaître la longueur du fœtus pour en déduire la dimension de la tête.

D'après les mesures prises par Ahlfeld sur un grand nombre de fœtus, la distance du coccyx au sommet de la tête représenterait à peu près exactement la moitié de la longueur totale du fœtus. C'est donc cette distance (du coccyx au sommet de la tête) qu'Ahlfeld s'est attaché à mesurer dans l'intérieur de l'utérus, afin d'en déduire le diamètre bi-pariétal.

Pour arriver à obtenir cette mesure, voici comment opère Ahlfeld : Après avoir déterminé, par les moyens appropriés (palper, percussion, etc.), la position de la partie fœtale la plus élevée, il applique sur ce point l'extrémité de l'une des branches du compas de Baudelocque, il porte ensuite, par le vagin, la seconde branche du compas sur la partie qui se présente. — Que l'on ait affaire à une présentation occipitale ou à une pelvienne, on a ainsi la distance du coccyx au sommet de la tête.— Lorsque la position est transversale c'est, à l'extérieur que doivent être placées les deux extrémités du compas, sur les deux extrémités fœtales, reconnues à l'aide du palper, de la percussion, etc.

Quoi qu'il en soit, c'est là un système fort peu commode, partant pas sûr, et il a été abandonné.

En 1885, Muller a pensé qu'on pourrait se renseigner d'une façon différente sur le rapport de la tête avec le diamètre du bassin et il a exposé son système à la réunion du Congrès des sciences naturelles à Strasbourg.

Muller cherche avec les doigts si la tête, au niveau du pubis, déborde ou ne déborde pas le détroit supérieur. — Si elle ne le déborde pas, c'est qu'elle est engagée et qu'elle passera.

M. le professeur Pinard a adopté ce système de palper l'abdominal pour déterminer le rapport entre la tête fœtale et le bassin de la mère.

C'est là, certainement, un procédé fort intéressant, mais il n'est pas à l'abri de toute critique. — Si, en effet, la tête descend, cela indique fort bien qu'elle passera, qu'elle est assez petite relativement au diamètre du détroit supérieur ; mais, si elle ne descend pas, cela n'indique pas d'une façon certaine que son diamètre bi-pariétal est plus fort que le diamètre promonto-sous-pubien et par conséquent que la tête ne pourra pas passer.

Le renseignement est donc incomplet, insuffisant. Cela ne veut néanmoins pas dire qu'il faut négliger les indications données par ce moyen.

Mais pourrait-on mesurer par un autre procédé la tête du fœtus ?—Dans le premier volume de mon *Traité d'accouchements* (1882), publié avec M. Chantreuil, on lit : " Chez deux femmes qui ont un rétrécissement du bassin, Tarnier a pu mesurer les dimensions de la tête fœtale au moyen du compas de Baudelocque.. "

Douze ans après, en 1894, un de mes élèves, M. Perret, moniteur à cette clinique, a fait de cette question le sujet de sa thèse inaugurale.

M. Perret a relevé de très nombreuses observations et il a cherché, dans 200 cas, la différence de longueur qu'il y avait en moyenne entre le diamètre occipito-frontal et le bi-pariétal. Il a conclu de ces observations, prises avec le plus grand soin, que le diamètre bi-pariétal était de 2 centimètres ½ plus court que l'occipito-frontal.

M. Perret se dit donc que si, pendant la grossesse, on parvenait à mesurer le diamètre occipito-frontal du fœtus, on aurait facilement le diamètre du bi-pariétal, puisqu'il suffirait de retirer deux centimètres et demi du premier pour avoir le second.

C'est ce qu'il a fait.

On cherche par tâtonnements la tête du fœtus. On place l'une des branches d'un céphalomètre sur la partie la plus saillante du front, et l'autre sur la partie la plus saillante de l'occiput. On lit l'écartement des branches. Si, je suppose, cet écartement donne 10 cent. 5, c'est-à-dire s'il indique que le diamètre occipito-frontal mesure 10 cent. 5, on en déduit que le diamètre bi-pariétal est de 8 centimètres (10 cent. 5 — 2 cent. 5 = 8 cent.)

Mais on n'a pas appliqué à nu les branches du compas, qui reposent sur la paroi abdominale et il convient de défalquer deux fois (une pour chaque côté) l'épaisseur de cette paroi abdominale pour avoir la longueur exacte du diamètre occipito-frontal que l'on vient de mesurer. Il suffit, pour cela, de faire un pli de la paroi abdominale — pli qui représente précisément la double épaisseur de cette paroi que nous avons à déduire. — On mesure l'épaisseur de ce pli et on déduit cette mesure du diamètre accusé par le céphalomètre. Cette épaisseur

des parois abdominales varie un peu — pas beaucoup cependant — suivant que les femmes sont maigres ou grasses.

On a bien fait une objection à cette manière de procéder. On a dit qu'en faisant un pli à la peau, on comprenait bien dans ce pli la peau et le tissu sous-jacent, mais que les muscles ne sont pas compris dans cette mesure à déduire. L'objection est exacte, elle a son importance. En effet, sur quatre-vingts mensurations faites ainsi par M. Perret, et qui ont pu être contrôlées, dans neuf la mesure était rigoureusement exacte. Trente fois la tête était plus petite que ne l'accusait le chiffre trouvé (ce qui n'a pas d'inconvénient au point de vue de l'accouchement prématuré); mais quarante et une fois (soit plus de la moitié) la tête du fœtus était plus grosse que ne l'indiquait le procédé de mensuration, ce qui serait grave. Mais je me hâte d'ajouter que l'erreur constatée était toujours des plus minimes, car, dans presque tous ces quarante et un cas, elle a oscillé simplement entre 1 et 2 millimètres, ce qui, en somme, est extrêmement peu.

Pour être plus rigoureux, nous dirons que, sur ces quatre-vingts observations, soixante-dix fois la tête était ou plus petite, ou exactement semblable à la mesure annoncée, ou à peine supérieure à elle de 1 ou de 2 millimètres ; — cinq fois l'erreur a été de 3 millimètres ;—quatre fois elle a été de 4 millimètres ;—et enfin une fois elle a été de 5 millimètres.

On peut donc conclure que c'est là un fort bon système pour prendre le diamètre de la tête fœtale ; les mensurations trouvées par ce moyen peuvent en général être dites très exactes, et le procédé mérite d'attirer l'attention des accoucheurs.

Pour mon compte, je crois que nous possédons là aujourd'hui une méthode de mensuration de la tête fœtale dans l'utérus, qui nous permet de nous rendre compte du moment auquel il convient de faire accoucher prématurément une femme dont le bassin est rétréci. (*Journal des sages-femmes.*)

De la langue noire.—M. Lohéac a présenté à la Société Anatomo clinique, de Lille, deux malades atteints de cette affection qu'on désigne sous le nom de langue noire.

Le premier est un vieillard de 84 ans, robuste et sans antécédents morbides; l'autre est une femme d'une quarantaine d'années, syphilitique, nerveuse et enceinte. Ces deux malades se sont aperçus par hasard de leur affection, en regardant leur langue dans une glace, et ont été fort effrayés par cette découverte. Il existait chez ces sujets à la base de la langue, au niveau du V lingual, une plaque recouverte de villosités noirâtres, longues de 2 à 3 millimètres.

L'étiologie de cette affection bizarre est obscure ; les auteurs ont remarqué et ces deux observations viennent à l'appui de cette assertion, qu'elle se développe de préférence sur des vieillards ou sur des sujets affaiblis par une maladie antérieure, particulièrement sur ceux qui souffrent de troubles digestifs.

Ces deux observations rentrent encore dans la règle ordinaire, en ce que la coloration noire est survenue sans que rien ait pu faire prévoir son apparition ou soupçonner son existence.

Le pronostic de la langue noire est très bénin ; c'est une affection purement locale, sans retentissement sur la santé générale et ne troublant même pas les fonctions de l'organe. La femme, dont il a été question s'est, cependant, montrée très affectée de cette coloration noirâtre, que son imagination maladive lui faisait prendre pour une tumeur particulièrement maligne.

Abandonnée à elle même, la coloration noire disparaît sans laisser de traces, après un temps plus ou moins long, en s'atténuant progressivement de la périphérie au centre.

Le traitement consiste essentiellement dans le raclage des villosités ; généralement, une seule séance suffit; les alcalins sont indiqués pour combattre l'acidité de la bouche, qui est presque la règle dans ces cas.

REVUE DE PEDIATRIE

Sous la direction du Dr Isaïe Cormier,
Médecin des enfants malades à l'Hôpital Notre-Dame.

Traitement conservateur de la coxalgie.

M. Kirmisson.—Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport au sujet d'un travail de M. Ménard (de Berck-sur-Mer) sur le traitement conservateur de la coxalgie chez les enfants.

En ce qui concerne le traitement de la coxalgie au début, je crois que c'est à l'immobilisation, et non à l'extension continue, qu'il faut accorder la préférence dans l'immense majorité des cas. Quelle est l'attitude qu'il convient de donner au membre malade dans l'application de l'appareil inamovible? Je pense qu'il y a tout avantage à choisir une position d'adduction moyenne, l'inversion du membre en dedans constituant le principal danger de la fixation vicieuse d'un membre atteint de coxalgie.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une coxalgie déjà ancienne avec position vicieuse, j'avoue que, comme pour le mal de Pott, et, d'une façon générale, pour toutes les tuberculoses ostéo-articulaires, je suis tout à fait opposé à l'application des méthodes de redressement brusque, car, dans cinq cas que j'ai été à même d'observer, l'emploi de ce procédé a été suivi de mort par méningite tuberculeuse dans les quatre ou cinq mois qui ont suivi le redressement brusque ; je préfère donc me contenter du redressement lent que donne l'extension.

Pour le traitement des abcès de la coxalgie, M. Ménard préconise la ponction suivie d'injection de naphtol camphré, qu'il renouvelle huit à dix fois à des intervalles de dix à quinze jours. Je suis, pour ma part, resté fidèle à l'éther iodoformé, lequel me paraît fournir des résultats supérieurs à ceux qu'on obtient avec les injections de naphtol camphré ou même de glycérine iodoformée. Avec l'éther iodoformé, une ou deux injections, rarement trois, suffisent à amener la guérison.

Enfin, il est des cas qui ne sont pas justifiables de la thérapeutique précédente et pour lesquels M. Ménard fait une résection plus ou moins économique, cherchant à réaliser le curettage intégral des fongosités. Je suis plutôt partisan, dans ces cas, des opérations aussi minimes que possible, telle que le simple drainage ou la " tunnellisation," qui donnent d'excellents résultats.

M. Reclus.—M. Kirmisson partage l'opinion de Verneuil au sujet de l'influence des traumatismes opératoires sur la généralisation de la tuberculose. De son côté, M. Lannelongue a établi une statistique qui ne semble pas confirmer cette opinion; dans cette statistique, M. Lannelongue a rangé, d'une part, les malades qu'il opérait, et d'autre part, ceux qui ne subissaient aucune intervention; or, la fréquence de la méningite ne s'est pas montrée plus grande pour les premiers que pour les seconds.—*Journ. de Cl. et Thér. Inf.*

Sur l'héridité morbide, influence des troubles morbides des générateurs sur les rejetons, par M. Charrin (1).

Que les générateurs soient, par hypothèse, en activité de bacillose, de diabète, etc., ou qu'ils soient simplement en puissance de prédisposition, il n'en

(1) Extrait des leçons de *Pathogénie appliquée, Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, par A. Charrin, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.—Ohez Masson, Paris, 1897.

est pas moins vrai que, dans ces différentes conditions, leur influence sur les rejetons, à des divers degrés, est défectueuse.—Pourtant, la nuance a sa valeur, parfois une grande, une très grande valeur.

Les parents, dans certains cas, étaient en parfaite santé à l'heure de la conception ; ils sont plus tard devenus malades à la suite de fatigues, de surmenage, d'émotions, de dépressions, d'excès variés ; il s'agit, chez eux, d'une affection acquise au sens entier du mot, nullement d'une perturbation morbide implantée grâce aux imperfections d'une constitution, d'un tempérament ; ils n'ont donc pas pu transmettre cette constitution, ce tempérament, qui leur faisait défaut, lorsqu'ils ont procréé.—A côté de ces conditions favorables, ne permettant la mise en jeu d'aucune influence, on rencontre telles circonstances qui centuplent la participation de ces actions familiales ; c'est ce qui se passe, lorsque l'enfant se développe pendant que le mal est en pleine évolution.

En premier lieu, il est possible d'enregistrer le passage direct de ce mal ; ce n'est point là l'hypothèse qui sollicite aujourd'hui notre attention.—En second lieu, si, dans quelque mesure, le placenta normal retient les éléments figurés, les bactéries, en revanche les substances solubles franchissent aisément cette barrière ; c'est même là une donnée qui met en lumière la prééminence du rôle maternel. Or, pendant que les microbes pullulent, fonctionnent, leurs sécrétions sont au nombre de ces substances solubles.

Cette contamination ne saurait être indifférente.—A la vérité, un bénéfice, une augmentation de résistance, la vaccination peuvent en résulter ; malheureusement, le plus ordinairement, on voit prédominer les effets nuisibles ; ces effets sont la conséquence des propriétés offensives des toxines, propriétés qui conduisent à modifier les différents viscères, appareils ou tissus.

Depuis longtemps on parle de ces hérédités indirectes, de ces transmissions de terrain ; on proclame que les rejetons de sujets anormaux offrent souvent eux-mêmes des anomalies, une débilité spéciale.—Chez les sujets issus de tuberculeux, en particulier, on a enregistré la chlorose, avec tous ses accidents, sans excepter l'étroitesse, les malformations vasculaires ; on a noté la vulnérabilité du tube digestif, des bronches, des méninges, une propension marquée de ces conduits, de ces membranes, à l'inflammation.

Il y a plus.—Pesez, comme je l'ai fait (1), les nouveau-nés des mères atteintes de bacillose, de pleurésie, de pneumonie, de phlegmon, d'influenza, etc. ; vous constaterez qu'ils augmentent de 0, de 4, de 6, de 12, de 15 grammes par jour, tandis que, pour d'autres nouveau-nés appartenant à des femmes saines, cette augmentation oscille entre 25 et 40 grammes ; à la vérité, il y a comme partout des exceptions ; il convient d'opérer sur des moyennes dégagées de chiffres respectables.—Et remarquez qu'on ne saurait invoquer des inégalités alimentaires ; tous ces enfants observés étaient exclusivement nourris au lait, à un lait identique, peut-on dire, attendu que ces femmes saines, dont je parle, n'étaient autres que les nourrices de mon service de la Maternité ; chacune de ces nourrices, en dehors de son propre rejeton servant pour ainsi dire de témoin, allaitait un de ceux qui provenaient des malades infectées.

Cet allaitement intervient également dans la genèse des accidents étudiés ; il est reconnu que par la voie mammaire s'échappent des médicaments, quelque peu des antitoxines, des composés bactéricides, principalement des toxines, des poisons variés.—Parfois, par manque de ressources, par ignorance, par entêtement, etc., ces infectées donnent le sein ; fréquemment l'entérite, des éruptions, s bronchites, etc., apparaissent ; on atténue ces désordres par un simple changement dans l'alimentation.

Si j'insiste sur ces détails, c'est qu'il importe, dans la mesure du possible, remplacer des mots par des faits ; en citant les phénomènes produits, les

(1) Charrin, *Arch. de physiol.*, octobre 1895.—Charrin et Nobécourt, *Arch de physiol.*, ivier 1896. (Influence des toxines sur la descendance).

symptômes, les lésions observés, il est nécessaire de montrer que ces influences d'ordre familial correspondent à des réalités.

Le terrain est mauvais : on le dit, et on a raison de le dire.—Ce terrain ne s'enrichit pas comme il doit le faire ; la maison ne se construit pas avec la rapidité voulue ; or, le temps, la quantité, etc., ne sont pas les seuls éléments en déficit.

Analysez les urines de ces nouveau-nés normaux ; vous constaterez, avec moi, avec Delépine, que la proportion de l'urée est des plus minimes ; cette proportion est infiniment plus marquée pour le second groupe de ces nouveau-nés, pour ceux qui croissent si lentement, si péniblement ; chez eux l'assimilation est entravée, ou bien la désassimilation est activée ; dans les conditions physiologiques, au contraire, les tissus, pendant les premières semaines, constituent une sorte de filtre presque imperméable, qui ne laisse passer que fort peu de chose. —Peut-être faut-il songer aux toxines qui traversent le placenta, attendu que ces toxines injectées directement engendrent un trouble nutritif analogue.

C'est à ce manque de déchets—signalons incidemment cette donnée—c'est à la rareté des pigments urinaires, c'est à la pauvreté du lait en potasse, en poisons alimentaires, c'est au nombre comparativement restreint des microbes intestinaux, que la sécrétion rénale des débuts de la vie doit, en partie,—je l'ai montré—sa faible toxicité.

Vous voyez, à ne tenir compte, avant tout, que de l'observation, combien il est aisé d'établir par des faits positifs, précis, ces actions des générateurs malades.—D'ailleurs, l'expérimentation fournit une éclatante confirmation.

Avec Gley, depuis six ans je soumets des lapins mâles et femelles, tantôt les uns et les autres, tantôt les premiers, tantôt les secondes isolément, à l'influence des bactéries ou plus fréquemment de leurs sécrétions ; puis, à des époques diverses, parfois rapprochées, parfois éloignées de ces inoculations, de ces intoxications, j'accouple ces animaux.—Les résultats sont des plus variés ; ils vont depuis la réalisation, très rare, du reste, de l'immunité, ou inversement, depuis la création des altérations, des accidents attribuables au virus utilisé, jusqu'aux avortements, aux morts avant terme, au nanisme, au rachitisme, aux déformations les plus singulières.—D'autres composés, les lécithines, par exemple, d'après Danilewsky, paraissent agir différemment.

En présence de ces enseignements parfaitement concordants de l'expérimentation et de l'observation, sagement, largement conduites, est-il donc bien étrange de supposer qu'un rejeton, qui, pendant les neuf mois de sa vie intra-utérine, a été exposé aux atteintes de pareils agents, a pu subir les conséquences de cette situation ?

D'un autre côté, les cellules du père ou de la mère du sujet étudié ont longuement baigné, en raison de ces injections de toxines, dans des humeurs, dans des plasmas contenant des composés bactériens, des déchets d'une nutrition entièrement perturbée ; elles ont été impressionnées au contact de ces substances la plupart toxiques ; il en est résulté une série de désordres ; quelques-uns se traduisant par une dégénérescence granuleuse, graisseuse, du parenchyme hépatique, rénal, pulmonaire, etc. ; quelques autres se bornent à des modifications fonctionnelles.

Les éléments de la reproduction, mâles ou femelles, n'ont pas échappé à ces impressions, à ces modifications. Or, chacune de leurs particules a subi ce que l'ensemble a supporté ; comme, d'autre part, ce sont ces particules qui, à l'heu— des divisions successives, vont constituer les organites du rejeton, ces organite par suite de cette continuité plasmatique, offriront les mêmes défectuosités, l mêmes tares, la même débilité.—Il y a plus. Suivant certaine doctrine, o rencontre, dans l'ovule fécondé, des sortes de gemmules, de plastidules, qui, pr venant des viscères des générateurs, représentent les futurs viscères, les viscèr homologues des descendants ; si les ascendants sont infectés, les parenchyme qui sont le plus habituellement malades, le foie, le rein, le poumon, etc., fourn

ront des granulations altérées ; ces granulations, en se développant, ne pourront donner naissance qu'à des tissus similaires également détériorés ; de fait, un père, une mère brightiques, hépatiques, etc., engendrent quelquefois des enfants atteints de lésions analogues. (*Journ. de Cl. et Thér. Inf.*)

Sur la mort subite des nouveau-nés et des nourrissons, particulièrement dans ses rapports avec l'hémorrhagie méningée, par A. Muggia et G. Condio. *La Pediatria*, avril 1896, *p.* 118.

La mort subite n'est pas rare chez les enfants dans les vingt premiers mois de la vie, et l'autorité judiciaire demande souvent des autopsies à ce sujet. Parfois, on trouve une pneumonie, une broncho-pneumonie, un catarrhe de l'intestin, une dilatation aiguë de l'estomac, dont les symptômes ont passé inaperçus pendant la vie, parce que ces affections, lorsqu'elles évoluent chez des enfants débiles, cachectiques, syphilitiques, revêtent des formes insidieuses ou presque latentes.

Mais il est des causes de mort subite encore plus difficiles à prévoir pendant la vie et dont l'autopsie seule donne la raison : l'hypertrophie du thymus, les hémorrhagies méningées, les hémorrhagies des centres nerveux. Sur l'hypertrophie du thymus, les auteurs se bornent à rappeler les notions acquises récemment.

Ils étudient principalement les hémorrhagies du système nerveux. Il est généralement admis que les accouchements prolongés, laborieux, terminés par le forceps ou la version, avec procidence ou compression du cordon, sont chez le nouveau-né la cause principale des hémorrhagies du système nerveux. Quelquefois ces accidents hémorrhagiques se confondent avec ceux de l'asphyxie immédiate produite par la souffrance du fœtus pendant le travail ; après la naissance, l'enfant succombe dans le coma sans avoir pu être ranimé. Ces hémorrhagies méningées sont d'ordinaire sus-arachnoïdiennes, tandis que celles des adultes alcooliques, aliénés, artério-scléreux, sont sous-arachnoïdiennes. Les hémorrhagies méningées des nouveau-nés ont des causes prédisposantes : elles sont plus communes chez les enfants d'alcooliques et de syphilitiques, chez ceux dont la mère a été souffrante pendant la grossesse. Lorsque l'hémorrhagie méningée ne tue pas dès la naissance, elle peut devenir la source de graves altérations nerveuses. Après une période de guérison apparente, deux ou trois jours après la naissance, l'enfant est pris de convulsions, de somnolence, de contractures, ordinairement sans paralysie limitée ; parfois il se produit un état tétanoïde qu'on peut confondre avec le vrai tétanos. Le pronostic de ces accidents est d'autant plus grave que les accidents se produisent plus tôt après l'accouchement.

Lorsque l'hémorrhagie méningée est peu étendue et peu profonde, elle permet à l'enfant de vivre, mais elle peut alors devenir l'origine de dégénérescences ou de scléroses secondaires qui engendreront des infirmités permanentes. C'est ainsi qu'on doit comprendre beaucoup de cas de maladie de Little et d'hémiplégie spasmodique infantile. M. Raymond a récemment présenté un enfant qui, après un accouchement très laborieux, fut atteint d'une diplégie spasmodique de forme spéciale ; M. Raymond pensait que la cause était une hématomyélie. Schultze a d'ailleurs fait connaître trois cas d'hémorrhagies de la moelle allongée causées par un accouchement laborieux ; ces hémorrhagies peuvent, d'après lui, être l'origine de la syringo-myélie.

Il semble que la chorée congénitale peut avoir une origine analogue. On sait que certains auteurs considèrent les hémorrhagies cérébrales comme pouvant être une des origines du melæna des nouveau-nés (Rembolt, Ritter, Lewis).

Les auteurs rapportent l'observation d'une primipare de 15 ans qui accoucha à terme, après un travail de onze heures et demie, d'un fœtus mâle vivant, du poids de 2,700 grammes ; trois heures après la naissance, l'enfant meurt sans cause apparente, présentant de la dyspnée et des signes d'asphyxie.

A l'autopsie, céphalhématome et hémorrhagie extra-méningée dans toute la région occipitale ; le sinus longitudinal est occupé par un caillot ; congestion de tous les viscères et hypertrophie du thymus, qui avait doublé de poids. Après avoir discuté l'origine de l'hémorrhagie méningée et écarté l'origine obstétricale, les auteurs concluent qu'il n'y a guère pour l'expliquer que l'hypertrophie du thymus.

Méningite non tuberculeuse postérieure de la base chez les enfants, par M. Walter Carr *Société de Médecine et de Chirurgie de Londres*, séances des 13 et 27 avril 1897.

L'auteur a observé 11 cas de cette méningite chez des nourrissons au-dessous d'un an qui jusqu'alors étaient bien portants. Le début de la méningite était brusque dans certains cas, traînant dans d'autres. Chez tous, les symptômes caractéristiques étaient les vomissements et la raideur de la nuque avec flexion de la tête en arrière. La marche de cette méningite était essentiellement chronique ; l'affection durait ordinairement plusieurs semaines et se terminait régulièrement par la mort au bout de 5 semaines à 3 mois. La rétraction de la tête existait jusqu'au dernier moment.

Sur les 11 enfants qui ont succombé, 10 ont été autopsiés. A l'autopsie on trouvait une inflammation de la pie-mère localisée à la partie postérieure de la base ; dans tous les cas, il existait un degré plus ou moins prononcé d'hydrocéphalie, et dans plusieurs cas l'orifice de communication entre l'espace sous-arachnoïdien et le quatrième ventricule était oblitéré. Dans aucun cas on ne trouva de lésions tuberculeuses dans le cerveau ni dans les autres viscères ou organes.

Au point de vue étiologique, on ne peut rattacher cette méningite ni à la syphilis congénitale, ni à l'otite moyenne, ni au traumatisme. Pour ce qui est du rôle possible de la méningite cérébro-spinale épidémique, on aurait pu l'établir par l'examen bactériologique, malheureusement cet examen n'a pu être fait.

Bien que le pronostic soit très sombre, la guérison n'est pas impossible ; quelquefois cette méningite se termine par l'hydrocéphalie chronique. Le traitement médical ne donne pas grand'chose ; peut-être obtiendrait-on davantage par la ponction du ventricule latéral ou la trépanation. La ponction a été faite chez 3 malades de M. Carr ; dans 2 cas elle ne produisit aucun effet ; chez le troisième elle fit disparaître les symptômes aigus et l'enfant vécut pendant plusieurs mois.

M. T. Barlow veut bien admettre qu'il s'agisse là d'un type clinique distinct, mais il ne pense pas qu'on soit autorisé à en faire une maladie distincte. Ce qui est certain, c'estqu'elle diffère de la méningite tuberculeuse, et que les cas de méningite tuberculeuse guéris ne sont en réalité que des cas de méningite postérieure de la base.

Parmi les symptômes typiques de cette affection, on peut citer l'opisthotonos cervical, avec tendance aux convulsions toniques parfaitement distinctes des convulsions cloniques qu'on observe dans la méningite tuberculeuse et qui sont due à l'irritation de la substance corticale. La névrite optique est rare, mais l'amaurose s'observe souvent pendant la convalescence.

La lésion anatomique est constituée par une méningite de la fosse postérieure avec lésions inflammatoires au niveau du cervelet, s'étendant plus ou moins au cerveau et à la moelle épinière. Les adhérences qui se forment peuvent fixer la moelle épinière dans des positions très variées. Dans le cas rapporté par Hilton, il existait une oblitération du trou de Magendie. Cette oblitération, notée encore dans d'autres cas, ne constitue pas la règle ; on peut également rencontrer l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius et du trou de Monro. Le sommet du quatrième ventricule peut se trouver adhérent au plafond. Dans plusieurs cas qui ont été traités par le drainage de l'espace sous-arachnoïdien, l'oblitération

semblait être produite par des adhérences qui existaient autour de la moelle épinière à la hauteur de la première vertèbre cervicale.

Au point de vue étiologique, il n'y a pas lieu d'incriminer la syphilis. Le traumatisme a quelquefois joué un rôle direct, mais dans d'autres cas il fait toujours défaut. L'auteur serait enclin à considérer l'otite moyenne comme une cause fréquente de cette méningite, elle s'observe en effet surtout au-dessous de deux ans, âge auquel l'otite moyenne est particulièrement fréquente. Dans ces conditions la méningite postérieure serait le résultat d'un catarrhe infectieux. D'un autre côté, dans 9 cas que M. Barlow a observés, la paracentèse précoce de la membrane du tympan avait amené la guérison de la méningite. Dans d'autres cas, l'affection a semblé céder aux frictions mercurielles.

Quant à la valeur thérapeutique de la trépanation de l'espace sous-arachnoïdien, M. Ballance, qui l'a faite dans plusieurs cas, n'a obtenu par ce procédé que des améliorations passagères. Dans un cas qui a guéri, il a fallu, pour avoir un écoulement suffisant, drainer à travers la fontanelle. L'enfant a succombé au bout de quelque temps à une diphtérie, et à l'autopsie on trouva seulement quelques drachmes de liquide dans les ventricules et les traces d'une ancienne inflammation au niveau de la base.

M. D. B. Leeds a observé un cas de méningite postérieure (?) à la suite d'une broncho-pneumonie chez un enfant de 6 semaines ; la paracentèse du tympan a fait disparaître tous les symptômes méningés.

En s'appuyant sur l'étude de 100 cas dont 40 avec autopsies, qu'il a pu réunir avec M. Barlow, M. Leeds montre que cette affection s'observe surtout chez des enfants au-dessous d'un an. Presque toujours il existe de l'hydrocéphalie avec liquide trouble, parfois purulent. La névrite optique est très rare, mais le nystagmus est plus fréquent que dans la méningite tuberculeuse, et est très probablement d'origine cérébelleuse. L'amaurose se rencontre parfois, mais si l'enfant guérit, elle disparaît. La surdité n'a jamais été observée. Le ralentissement du pouls et la rétraction du ventre sont plus rares que dans la méningite tuberculeuse ; par contre, la raideur de la nuque qui arrive tardivement dans la méningite tuberculeuse est un symptôme précoce de la méningite postérieure. La respiration n'a pas le type de Cheyne-Stokes, mais est " cyclique ", c'est-à-dire qu'après 4 ou 5 inspirations profondes, survient une pause respiratoire.

M. C. Ballance a eu plusieurs fois l'occasion d'intervenir dans ces cas par la trépanation de l'espace sous-arachnoïdien postérieur. Dans un cas l'enfant succomba à l'hémorrhagie consécutivement à l'ouverture accidentelle d'un sinus latéral accessoire situé plus bas que le sinus latéral normal.

Comme on le voit, la méningite postérieure des Anglais renferme beaucoup de cas qui, en France, sont *actuellement* décrits sous le nom de méningisme.

Forme fébrile de la colique hépatique.—Dans une de ses leçons, résumée dans le *Journ. de médec. et de chirurg. pratiques*, M. le professeur Dieulafoy a décrit la forme fébrile de la colique hépatique. Il a démontré par de nombreux exemples que les sujets atteints de lithiase biliaire peuvent présenter des accès fébriles intenses et d'une durée prolongée, sans qu'il s'agisse de cholécystite ou de suppuration grave.

Le diagnostic de la nature de cette fièvre n'est pas toujours facile à établir. Cependant, les grands accès fébriles accompagnent presque toujours, ou précèdent ou suivent la colique hépatique, tandis que les accès bilio-septiques sont sous la dépendance de l'infection et non de la migration des calculs. De plus les grands accès fébriles coïncident souvent avec d'autres phénomènes satellites de la migration comme les vertiges, les défaillances, etc. Presque toujours aussi ils sont accompagnés d'ictère.

ART DENTAIRE

Sous la direction du Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien dentiste, Professeur d'anesthésie et chirurgie au collège dentaire de la Province de Québec.

LA GREFFE DENTAIRE

Par le Dr EUDORE DUBEAU,

Chirurgien dentiste, Montréal.

La greffe dentaire proprement dite, peu pratiquée au Canada, a eu une certaine vogue aux Etats-Unis, il y a quelques années, et est encore assez souvent pratiquée. La raison pour laquelle elle n'est pas beaucoup en usage ici, c'est que le traitement est très délicat, souvent douteux et toujours dispendieux, ce qui n'est pas la moindre chose en ce temps où on recherche tant le bon marché, même dans les opérations médicales, sans avoir égard au fait qu'on s'expose à tomber aux mains de gens peu scrupuleux, n'ayant que ce moyen d'attirer des clients. La *greffe dentaire* a été définie "une opération qui consiste à faire revivre une dent qui a été complètement isolée de sa place normale." On croit qu'elle a été pratiquée pour la première fois par Ambroise Paré, chirurgien français, puis par Delabarre et Magitot, qui vient de mourir à Paris après avoir consacré son existence à étudier les dents et leurs relations. Elle n'attira pas l'attention publique avant 1885, alors qu'un dentiste de San Francisco, le Dr Younger, tenta de la pratiquer sur une grande échelle Il y a plusieurs genres de greffe, sous 3 dénominations : 1° *Réimplantation*, 2° *Transplantation*, 3° *Implantation*.

La *réimplantation* consiste à enlever une dent à un individu puis à la lui replacer au même endroit. La *transplantation* est une opération par laquelle la dent enlevée à un individu est placée chez un autre, ou bien au même individu à un autre endroit. L'*implantation* consiste à percer la gencive et le maxillaire pour y greffer une dent ayant ou non appartenue à l'individu.

Pour prouver que dans la greffe dentaire il y avait réunion cicatricielle avec circulation incomplète, on a fait des expériences sur des animaux et on est arrivé au résultat suivant :

1° L'intégrité absolue des parties, particulièrement du périoste dentaire, est indispensable pour arriver à une consolidation définitive, car s'il y a une partie du périoste qui fait défaut il se produit à cet endroit une résorption de la racine, résorption qui est causée par le travail des cellules ostéoclastes.

2° Par l'extraction le périoste alvéolo-dentaire est presque toujours déchiré ; néanmoins on peut obtenir d'assez bons résultats, et une partie de la racine peut être résorbée, sans toutefois affecter beaucoup la solidité de la dent.

3° La consolidation du périoste s'opère beaucoup plus rapidement vers le collet de la dent que vers la racine.

4° Si la pulpe ou nerf de la dent n'est pas enlevée, elle se mortifie presque toujours, et est généralement remplacée par des vaisseaux sanguins et un bourgeon charnu.

5° Lorsqu'on enlève une partie de la racine, le vide qui en résulte dans l'alvéole est d'abord comblé par du tissu embryonnaire qui est ensuite remplacé par du tissu osseux.

Nous avons des exemples de greffes dentaires qui ont duré 27 ans, et ce dernier cas était une réimplantation immédiate sans extraction de la pulpe, et sans résection de la racine.

La *réimplantation*, avons-nous dit, consiste à replacer à un individu, au même endroit, une dent qui lui a été enlevée ; cette réimplantation peut être *immédiate* ou *tardive* et avec ou sans perte de substance. Lorsqu'elle a lieu immédiatement après l'extraction, elle a beaucoup plus de chances de succès, néanmoins on a des exemples de réimplantations tardives qui ont réussi. On peut avoir recours à cette opération lorsque le traitement par le canal de la dent a échoué, et alors il est souvent nécessaire d'enlever une partie de la racine malade. Lorsqu'un accident a projeté une ou plusieurs dents hors de leurs alvéoles, la réimplantation immédiate est généralement accompagnée de succès, mais si le choc produit une fracture esquilleuse de la mâchoire, il faut prendre beaucoup de soin afin d'éviter l'inflammation.

J'ai dans ma bouche une dent qui a été réimplantée il y a dix ans ; cette dent avait été sortie de son alvéole en extrayant sa voisine, le dentiste la réimplanta de suite, la ligatura, et la consolidation s'opéra en quelques jours. Cette opération mal faite ou sur un mauvais terrain peut causer la nécrose du maxillaire, et lorsque l'extraction a donné lieu à une meurtrissure profonde ou lorsque la racine est altérée sur une grande étendue, il vaut mieux ne pas tenter la restitution de l'organe, car autrement on s'expose à un échec. Si, avant d'extraire une dent, on décide de la réimplanter, il faut faire cette extraction avec de grandes précautions, évitant de léser ou de briser les bords alvéolaires, et de blesser le périoste. Les injections de cocaïne ou autres substances, dans les cas de greffes, si elles ne nuisent pas à la reprise de la dent, du moins elles la retardent certainement. La dent extraite est lavée, débarrassée du sang, des souillures, puis placée dans un vase contenant de l'eau entre 35° et 40° C, laquelle a été rendue antiseptique par saturation d'acide borique ou 1 0/0 d'acide carbolique ; l'alvéole doit aussi être lavé avec le même liquide. Si la réimplantation est faite pour remédier à une périostite grave, il faut enlever une partie de la racine en ayant soin de ne pas trop léser le périoste, et pour cela on tient la dent dans un linge imbibé d'une solution antiseptique ; si on a lieu de croire que l'alvéole est malade on doit le travailler avec une fraise ronde (petit instrument dentelé que l'on ajuste sur le tour dentaire, mû par le pied de l'opérateur), puis laver la cavité pour enlever les souillures et la poussière d'os. On a remarqué que l'avivation de l'alvéole, sain ou malade, à l'aide d'une fraise, aidait la reprise de la dent greffée ; pour rendre ce travail moins douloureux, on peut

appliquer dans la cavité, pendant quelques minutes, une boulette de ouate imbibée d'une solution de cocaïne au dixième; en attendant le replacement de la dent, on doit laisser dans la cavité un tampon de ouate imbibé de liquide antiseptique.

L'expérience ayant démontré que la mortification de la pulpe a presque toujours lieu après la greffe, même chez les sujets jeunes, il faut enlever tout le tissu pulpaire, sain ou décomposé, et nettoyer le canal parfaitement à l'aide de mèches de coton qui doivent être renouvelées jusqu'a ce qu'elles en sortent absolument nettes; alors on peut obturer. Maintenant, est-il préférable de pratiquer l'obturation immédiate du canal ou de la retarder? Je crois qu'il est préférable d'obturer de suite, et voici pourquoi : si on laisse la cavité ouverte, il y a danger qu'il y entre des matières infectieuses qui détruiraient tout ce qui a été fait, et pourraient de nouveau exiger l'extraction.

Les partisans de l'obturation tardive prétendent que l'ouverture de la cavité, pendant quelques jours, laisse échapper les gaz qui peuvent se former, mais, dans une réimplantation et obturation bien faite, je suis d'avis que le peu de gaz qui se forme est facilement absorbé par les tissus sans inconvénients. L'alvéole étant bien préparé et la cavité du nerf obturée avec de la gutta-percha iodoformée, on met la dent en place et on fait fermer la mâchoire pour obtenir une articulation parfaite, puis on applique un appareil destiné à l'empêcher de mouvoir. L'appareil le plus simple est la ligature en 8 avec du fil de soie; mais il maintient mal la dent, surtout dans sa hauteur, et vu la forme conique des dents, les fils tendent à glisser et à irriter les gencives, ce qui peut amener l'inflammation du périoste. La coiffe en gutta-percha n'assure pas l'ajustment et empêche l'irrigation. Lorsqu'il y a des dents de chaque côté de celle qui a été réimplantée, le meilleur appareil est la digue en caoutchouc qu'on place par dessus cette dernière, et qu'on maintient en place par la ligature des dents voisines; cet appareil produit la consolidation en quelques jours. Si la dent réimplantée n'a pas de voisines immédiates, on fait un appareil en vulcanite ou métal dans lequel il y a des trous pour laisser passer les couronnes de dents; ce procédé réussit très bien et son avantage est qu'au bout de 2 ou 3 jours on peut l'enlever pour faire des irrigations détersives et ainsi hâter la reprise des tissus.

La réimplantation est toujours suivie d'inflammation plus ou moins intense que l'on fait disparaître par des applications, toutes les deux heures, d'iode et aconit mélangés en parties égales; une solution de chlorate de potasse produit aussi de bons effets. Il faut recommander aux patients d'user de précautions pendant quelque temps et si malgré cela la dent se déplaçait ou s'allongeait au point de déranger l'articulation, on y remédie en meulant la dent antagoniste.

La *transplantation*, comme il a été dit, consiste soit à enlever une dent à un sujet pour la lui placer ailleurs, et alors elle est appelée *autoplastique*, ou bien à placer cette dent à un autre sujet, c'est ce qui a lieu le plus souvent, et alors elle est dite *hétéroplastique*. Cette dernière nécessite une enquête minutieuse sur les antécédents pathologiques du sujet, car les découvertes récentes qui ont été faites relativement au rôle des virus et des microorganismes comme causes de maladies doivent nous mettre sur nos gardes, car la syphilis, tuberculose, etc., peuvent être ainsi inoculées. On ne peut, en homme consciencieux

extraire une dent à un sujet pour la transplanter à un autre, que si cette dent est nuisible au premier, par exemple : les dents surnuméraires, ou bien si cette dent ne peut être ramenée à sa place normale comme dans les cas d'irrégularités. Si la dent à transplanter a une racine plus grosse que la cavité alvéolaire à laquelle elle est destinée, on doit de préférence agrandir la cavité ; il a été constaté que cette opération peut parfaitement bien réussir quand bien même la dent ne s'adapterait pas tout d'abord exactement aux parois alvéolaires. Pour ce qui concerne les autres soins ante et post opératoires, la transplantation obéit aux mêmes indications et traitements que la réimplantation, tels que extirpation du nerf par trépanation de la couronne, obturation du canal, arrangement de l'articulation, etc.

Implantation.—Cette opération, qui consiste à percer la gencive et le maxillaire pour y greffer une dent, est plus jeune que les deux précédentes, car elle a été pratiquée pour la première fois en 1885. On employait d'abord des dents, que l'on tenait greffées dans des crêtes de coqs pour leur conserver leur vitalité ; mais, par la suite, on employa des dents sèches avec succès ; même on a implanté des dents qui avaient été extraites plusieurs mois auparavant, et laissées en contact avec d'autres substances. Dans ce dernier cas, on les laissait tremper une ½ heure dans une solution antiseptique chauffée à 120° F., et le résultat a été bon, mais il est certain que les dents fraîchement extraites ont beaucoup plus de chances de succès. L'expérience a démontré qu'il s'établissait une réunion osseuse comme dans l'ankylose. Lorsqu'on a décidé de faire une implantation, il faut, concernant le choix de la dent, prendre les mêmes précautions que pour la transplantation, et la placer dans un vase contenant une solution d'acide borique au 4/100 chauffée à 120° F. La perforation de la gencive et du maxillaire se fait avec des fraises coniques fabriquées dans ce but et qui s'encrassent moins vite que les autres. Pour ce qui est du lavage de la dent et des autres soins, ce sont les mêmes que pour la réimplantation et la transplantation. Le bord alvéolaire externe étant généralement plus résorbé que l'interne, la perforation doit se faire un peu en dedans afin que la dent ait un bon support du côté labial. L'implantation ne doit se pratiquer que pour les dents antérieures, et jamais pour les molaires, surtout les supérieures, à cause du danger de perforer le sinus.

Du traitement de l'anémie par la moelle osseuse.—Depuis quelque temps on a beaucoup vanté à l'étranger la moelle osseuse comme traitement de l'anémie. MM. Chavrin et Chassevant ont voulu se rendre compte de la valeur de cette méthode. Ils ont fait connaître à la Société de Biologie que les malades traités par la moelle osseuse semblent n'avoir tiré aucun bénéfice marqué de ce nouveau médicament ; les résultats obtenus sont comparables à ceux des autres médications préconisées contre l'anémie. Cette nouvelle médication ne semble pas être spécifique de l'anémie ; ces faits n'ont d'autre mérite que de mettre en garde contre des résultats parfois trop facilement acceptés d'opothérapie.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - *Dr J. B. A. LAMARCHE*

Rédacteur en chef : - *Dr E. P. BENOIT*

MONTRÉAL, SEPTEMBRE 1897

BULLETIN MÉDICAL

DIAGNOSTIC DE LA PERMÉABILITÉ RÉNALE

MM. Achard et Castaigne, à la séance du 30 avril de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, ont fait connaître un procédé physiologique qui permet de s'assurer de la perméabilité des reins dans les maladies aiguës ou chroniques de ces organes, et cela sans inconvénients pour le malade. Il suffit de faire une injection sous-cutanée profonde de quelques gouttes d'une solution stérilisée de bleu de méthylène, et de s'assurer si l'élimination du médicament par l'urine est retardée. Dans ce dernier cas, la perméabilité du rein est imparfaite.

Le bleu de méthylène est un colorant dérivé de l'aniline et employé en thérapeutique à la dose de 1 à 3 grains, dans certaines névralgies, et dernièrement, dans la gonorrhée ; il colore l'urine en bleu. Lorsqu'on voudra s'assurer, à l'aide de cette substance, si la fonction du rein est intacte, on fera uriner le malade, puis l'on injectera aseptiquement sous la peau 17 gouttes (1 c. c.) d'une solution à 5 % de bleu de méthylène. Au bout d'une demi-heure, puis d'une heure, et ainsi de suite, on recueillera l'urine, et si la teinte bleue met plus d'une heure à se faire voir, c'est que les reins sont suffisamment malades pour que leur perméabilité soit affectée. Un rein normal laisse passer le bleu au bout d'une demi-heure.

On devra n'employer que le bleu de méthylène *véritable*, les autres bleus d'aniline n'ayant pas la même action. C'est ainsi que le Dr Harrington, de Toronto, ayant prescrit, par abréviation, du bleu de méthyle (pyoktanine), à la place du bleu de méthylène, dans trois cas de gonorrhée dont il rapporte les observations dans le *Canadian Practitioner* (numéro de juillet), vit ses malades atteints peu après de vomissements et de diarrhée.

MM. Achard et Castaigne ont recueilli 70 observations, et quatre fois seulement leur méthode a donné des résultats douteux. Dans tous les autres cas, le retard apporté dans l'élimination du bleu a permis de constater l'imperméabilité plus ou moins grande du rein, imperméabilité qui s'est trouvée dans tous les cas justifiée par les symptômes, et 22 fois par des lésions anatomiques, dans les 22 autopsies pratiquées.

On comprend l'avantage d'une méthode aussi facile et aussi sûre, et son utilité pratique dans le diagnostic de certaines maladies rénales douteuses, comme le mal de Bright sans albumine, et la néphrite latente des tuberculeux ; le retard dans l'élimination du bleu permettrait d'affirmer tout de suite que le rein est touché, même si le sujet ne présentait encore aucun symptôme bien caractéristique. D'un autre côté, chez un malade ayant de l'albumine dans ses urines, l'élimination normale du bleu prouverait que l'albuminurie existe sans lésion rénale, que c'est une albuminurie fonctionnelle.

Dans un cas d'inflammation aiguë pouvant s'accompagner de néphrite, lorsque le médecin, dont le devoir, en pareil cas, est d'agir avec vigueur et promptitude, désire s'assurer si la perméabilité rénale permet l'administration d'un médicament énergique, la méthode par le bleu de méthylène est tout indiquée. Mais il sera bon de se rappeler que si le retard de l'élimination du bleu dans les affections aiguës peut indiquer une néphrite, il peut aussi n'indiquer qu'un simple trouble fonctionnel passager. C'est ce qu'ont trouvé Achard et Castaigne, dans un cas d'embarras gastrique et un cas de fièvre typhoïde. On devra donc, dans les cas aigus, renouveler l'épreuve, et ne conclure à une lésion rénale que si elle demeure positive.

Dernièrement, MM. Achard et Castaigne ont rapporté de nouveaux et nombreux essais de la méthode, qui n'ont fait que confirmer son efficacité. Nul doute que, mise en pratique avec tout le soin voulu, elle ne rende de grands services aux médecins, soit dans la pratique d'hôpital, soit dans la pratique privée.

L'ŒDÈME AIGU DU POUMON.

Le professeur Huchard, de Paris, a fait connaître, il y a trois ou quatre mois, dans ses cliniques et aussi dans ses communications à l'Académie de Médecine, une affection grave du poumon qui, quoique relativement assez fréquente, n'est pas très connue : c'est l'afflux sanguin considérable qui se produit dans tout le poumon par suite de la dilatation subite du ventricule droit, chez les personnes dont l'innervation cardio-pulmonaire est troublée par des lésions aortiques.

L'œdème aigu du poumon prend trois formes : il peut être *foudroyant*, il peut être *suraigu* ou *aigu*, soit avec expectoration abondante, soit en se compliquant d'une paralysie des bronches qui empêche toute expectoration. La forme foudroyante tue le malade en quelques minutes. La forme suraiguë s'accompagne des symptômes suivants : apparition rapide d'une dyspnée intense, avec angoisse respiratoire extrême, toux quinteuse et incessante ; à l'auscultation, véritable pluie de râles crépitants à bulles très fines et très serrées envahissant les deux poumons ; expectoration très abondante, aérée, mousseuse, souvent limpide, quelquefois saumonée ; à la percussion, sonorité exagérée due à l'emphypème aigu ; température normale ou abaissée ; enfin, mort par asphyxie si l'on n'intervient pas à temps. Dès le début, ou pendant la crise, il se fait une chute considérable de la tension artérielle.

L'œdème aigu du poumon survient dans certaines maladies (insuffisance

aortique, angine coronarienne, néphrite interstitielle artérielle, rétrécissement mitral des artério-scléreux) qui s'accompagnent d'aortite ou de péri-aortite, avec retentissement inflammatoire ou réflexe sur les plexus nerveux cardio-pulmonaires. L'abaissement considérable de la tension aortique amène une énorme augmentation de la tension pulmonaire (petite circulation). Le ventricule droit lutte et s'hypertrophie, pour établir la compensation ; mais il cède à un moment donné, subitement ou rapidement, et l'inondation œdémateuse du poumon se produit. Elle a lieu avec tant de force que les alvéoles sont rompues, l'endothélium est arraché et les capillaires par place sont aplatis sous la pression.

L'intervention doit être prompte et vigoureuse : *saigner* largement et couvrir la poitrine de *ventouses* sèches, malgré l'aspect blafard du malade et l'état défavorable du pouls. On obtiendra ainsi des résultats surprenants, pourvu que l'on agisse avec promptitude. Les injections hypodermiques d'*huile camphrée* :

Huile d'olives stérilisée	40 parties
Camphre	10 —

agiront tout aussi bien que l'éther pour stimuler le cœur et ne produiront pas autant d'irritation. Les injections de *strychnine* à hautes doses combattront les troubles d'innervation cardio-pulmonaire et surtout l'état parétique des bronches et du diaphragme qui apparaît le plus souvent à la seconde phase de la crise œdémateuse et qui est l'une des causes les plus puissantes de la terminaison fatale.

Action favorable de la vaccination jennérienne sur la toux quinteuse post-rubéolique.

N. Bardesco (de Bucharest), après avoir eu maintes fois l'occasion de s'assurer des bons effets des inoculations de vaccin de génisse dans la coqueluche, a employé ce même moyen de traitement dans un cas de toux quinteuse consécutive à la rougeole et en a obtenu un excellent résultat.

Ce cas concernait un enfant de quatorze mois, qui avait été atteint d'une rougeole compliquée de broncho-pneumonie et dont le petit malade avait conservé une toux très opiniâtre paroxystique, quoique nullement coqueluchoïde, se produisant surtout pendant la nuit. L'examen des poumons ne décelait rien d'anormal et il n'existait pas non plus d'adénopathies sous-cutanées. Néanmoins, M. Bardesco supposa que la toux devait être déterminée par l'hypertrophie des ganglions médiastinaux, si fréquente à la suite de la bronchite et de la broncho-pneumonie rubéoliques, autrement dit qu'elle devait être d'origine réflexe, et il prit le parti de vacciner l'enfant.

L'inoculation fut pratiquée aux deux bras. Six jours après que l'éruption vaccinale eut atteint son entier développement, la toux disparut et la guérison s'est maintenue depuis lors.

Il vient de se fonder, à Chicago, un cercle où la condition *sine qua non* d'admission est que tout membre livre après sa mort son cerveau aux investigations des autres membres de la corporation.

COURRIER DES HOPITAUX

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes de M. L. A. LAMARCHE, M. D., interne-en-chef.

Juillet, comme d'habitude, a été un mois d'ouvrage. Durant ce mois, cent soixante-trois patients ont été admis, cent soixante-dix ont été congédiés. Sur ce nombre, quatre-vingt-dix-neuf restaient à l'hôpital le 1er août 1897.

Douze patients sont morts pendant le mois, dont six en dedans de trois jours après leur admission et six sous traitement.

Les ambulances ont répondu à 81 appels : sept pour cas privés et soixante-quatorze pour accidents.

Quatre-vingt-douze opérations ont été pratiquées dans le département chirurgical et vingt-six dans le service d'opthalmologie.

Deux mille vingt-trois consultations ont été données dans les différents dispensaires et deux mille huit cent vingt-une prescriptions ont été remplies.

La semaine des grandes chaleurs de juillet a fait de nombreuses victimes. a l'hôpital nous avons traité, pendant cette semaine, onze cas d'insolation, la plupart de nature grave. Aussi, avons-nous eu cinq mortalités à enregistrer. Tous les cas dont la température dépassait 108½ Farn. ont succombé.

Le traitement pour tous a été à peu près le même. Voici d'après quel ordre on a procédé :

1° Température prise dans le rectum, ou, pour les femmes, dans le vagin, toutes les ½ ou toutes les heures, suivant le cas.

2° Sac de glace sur la tête.

3° Bains d'éponge à l'eau glacée. Ces bains étaient répétés toutes les ½ heures au besoin, et la durée, dans certains cas, en a été de 30 à 45 minutes. Dans un cas seulement, on a plongé la malade dans un bain rempli de morceaux de glace. Ce procédé n'a pas paru donner de meilleurs résultats, tout en causant beaucoup plus de trouble que la méthode précédente. Aussi, dans les quelques cas qui nous sont arrivés par la suite, a-t-on donné la préférence aux bains d'éponge.

4° Relever le pouls : injections d'éther, d'huile camphrée ou de strychnine combinée à la caféine.

5° Lavement abondant pour quelques cas.

6° Lorsqu'après les bains, la température tombait en-dessous de la normale ; frictions par tout le corps avec un essuie-main rude, puis bouteilles d'eau chaude et couvertes de laine.

Voilà, en résumé, le traitement suivi dans tous les cas, traitement qui a réussi chez six de nos malades.

La diarrhée et les vomissements ont paru être d'un pronostic défavorable. En effet, tous les patients, chez qui ces symptômes gastro-intestinaux ont été observés, sont morts quelques heures après.

Le nombre des typhiques a été moindre que le mois dernier. On emploie toujours le traitement à l'acide borique et les bains d'éponge.

Les cas d'entérite cholériforme, pour être de nature moins grave que les cas d'insolation, n'en ont pas été moins nombreux. Un seul cas, cependant, a inspiré des craintes sérieuses.

M. X..., 50 ans, accuse de la diarrhée depuis huit jours. M. X... ne consulte aucun médecin, espérant toujours que "ça finirait par s'arrêter." La huitième journée, il se décide enfin à venir à l'hôpital. A l'examen, nous constatons un pouls petit, faible ; refroidissement des extrémités. Le malade lui-même se plaint de crampes dans les mollets et de fortes douleurs (coliques) dans l'abdomen. La diarrhée persiste toujours. Nous prescrivons alors : bouteilles d'eau chaude de chaque côté du malade, puis couvertes de laine chaudes ; bismuth grs xv, saloi grs v, opium gr ½ : toutes les deux heures ; brandy. A six heures, le soir, la diarrhée est un peu moins abondante, mais le pouls est plus faible que dans la matinée. Les extrémités sont encore froides et les crampes persistent toujours. C'est alors qu'après consultation avec le chef de clinique nous avons recours aux injections de sérum artificiel à 7/1000. Quatre onces lui sont administrées dans chaque flanc. Une heure environ après cette injection, le pouls s'est relevé la réaction s'est faite par une transpiration abondante, et notre cholérique quittait l'hôpital le surlendemain en bonne voie de guérison.

La chirurgie a aussi eu sa bonne part de besogne. Parmi les opérations les plus importantes, citons : un cancer du maxillaire inférieur et de la glande sub-linguale ; une tarsectomie ; une résection du coude ; trois cures radicales de hernie ; une cure radicale d'hydrocèle. Ces quatre dernières opérations ont été faites à la cocaïne. Dans ces cas M. le Dr Mercier se sert d'une solution fraîche à 1/100.

Lors des fêtes du 14 juillet, au Parc Sohmer, une bombe fit explosion, blessant plus ou moins grièvement une vingtaine de spectateurs. Onze blessés furent alors transportés à l'hôpital. Tous souffraient de blessures aux jambes et à l'abdomen. Toutes ces blessures, quoique très nombreuses, n'étaient que superficielles, à l'exception d'un seul blessé dont la paroi abdominale était perforée. Voici le cas :

A. R..., 7 ans, est transporté à l'hôpital par ambulance environ une heure après l'accident. A l'examen, nous trouvons, à la partie antérieure des deux jambes et des deux cuisses, un nombre considérable de petites plaies de la grandeur de la moitié d'un cinq cents. Ces plaies n'intéressaient que la peau. Sur l'abdomen, vers la région inguinale, une ouverture d'un pouce de long environ, laisse entrevoir le péritoine qui fait légèrement hernie. Le chirurgien de service, demandé immédiatement, fait un lavage minutieux de la plaie, réduit la hernie et ferme la paroi abdominale. Malgré l'antiseptie la plus rigoureuse notre petit malade commençait, le lendemain, à faire de la péritonite : vomissements verdâtres, sensibilité et ballonnement de l'abdomen, facies caractéristique. Le traitement fut alors : Brandy et eau, glace sur abdomen et par la bouche.

Le 16 juillet. Même état. Deux lavements sans effet, un troisième donne

une selle abondante. Puis bismuth grs v, napthol B grs 3, opium gr ¼ : toutes les 6 heures. Brandy et glace continués.

Le 7 juillet. La condition du malade s'aggrave. Les vomissements sont fétides et plus fréquents. Le pouls petit, filiforme, bat 140 à la minute. Les prescriptions de la veille sont continuées. En plus, injections de sérum artificiel, deux onces toutes les 6 heures et fomentations de térébenthine sur abdomen. Morphine sulf. gr ⅛ en injection hypodermique.

Le 18 juillet. Le malade repose une partie de la nuit. Le pouls est plus fort et moins vite : 112 pulsations à la minute, le facies est meilleur. Deux injections de sérum dans la journée. Compresse de térébenthine sur abdomen.

Le 20 juillet. Aucune douleur ; le malade repose, température 98½ F., pouls 96.

Depuis, A. R... prend toujours du mieux et quittera l'hôpital dans quelques jours.

Voilà un cas de péritonite traumatique où les injections de sérum ont certainement eu un effet des plus favorables. En effet, dès les premières injections le pouls a commencé à se relever ; de fréquent qu'il était le 18, il est devenu normal le 20. En somme, nous sommes convaincus que le beau résultat obtenu dans ce cas doit être attribué au sérum.

En gynécologie, nous avons eu un cas d'avortement de 4½ à 5 mois, avec rétention placentaire. La quinine employée à haute dose a eu un excellent effet. Trois jours après la sortie du fœtus, le placenta n'avait pas encore été chassé de l'utérus. Nous administrons alors 10 grains de quinine et quatre heures après le placenta était expulsé. Il y eut toutefois une hémorrhagie assez considérable.

1er août 1897.

CHRONIQUE

LA RÉUNION A MONTRÉAL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE.

On peut dire dès aujourd'hui que cette réunion a été un plein succès, sous tous les rapports. L'assistance à été nombreuse ; on a présenté, dans les différentes sections, des travaux variés et intéressants ; les réceptions et les fêtes ont été splendides ; enfin la température s'est maintenue belle toute la semaine. Tout a contribué a rendre agréable la 65e réunion de l'Association Médicale Britannique ; et pour une fois que nos amis d'Angleterre sont venus se promener chez nous, ils n'auront certainement pas à le regretter.

L'organisation, preparée de longue main, ne laissait rien à désirer. Les différents comités avaient rivalisé l'adresse prévoyante, et au dernier moment tout s'est trouvé prêt. Si bien que Mr Francis Fowke, le sécretaire général, envoyé quinze jours d'avance par l'Association pour mettre la dernière main aux préparatifs, nous avouait que c'était la première fois, depuis 28 ans, qu'il

faisait un voyage inutile. " Tout a été prévu, et je n'ai qu'à lire mon journal " disait-il. D'ailleurs tous ceux de nos amis qui sont allés au McGill ont pu se rendre compte de la chose par eux-mêmes. Ils ont pu aussi se convaincre, quand on leur a remis le joli bouton émaillé et le guide-souvenir, que tout avait été préparé non seulement avec soin, mais encore avec goût. L'installation des bureaux (postes, télégraphe, téléphone, secrétaires, etc) ne laissait rien à désirer. Et dans les salles où se réunissaient les diverses sections, tout avait été disposé pour faciliter la marche des délibérations : " *You people in Montreal*, disait un médecin de Londres, *are going to make a record of it.* "

Il faut dire aussi que les admirables bâtisses de l'Université McGill se prêtaient bien à une organisation de ce genre. Il aurait été difficile, sur un terrain moins vaste contenant un plus petit nombre d'édifices, de réunir avec autant de facilité et de confort un congrès médical composé d'un millier de membres, divisés en onze sections. Et ce n'est pas un mince éloge pour l'université McGill que d'avoir pu offrir une hospitalité aussi princière à nos amis d'Europe et d'Amérique.

Au point de vue social, la 65e réunion de l'Association Médicale Britannique fera époque dans l'histoire médicale du pays. Jamais jusqu'à ce jour on n'avait vu à Montréal une semblable réunion de médecins aussi distingués, et un pareil concours des autorités universitaires et civiles réunies pour les recevoir. Nous citerons comme exemple la brillante réception donnée à l'Université Laval, où pendant plus d'une heure les invités se sont pressés dans le salon des gouverneurs pour être présentés au vice-chancelier, Mgr de Montréal, et au vice-recteur, Mr le grand vicaire Racicot. Et qui comptait-on parmi les hôtes que l'université recevait ce soir là : Lord Aberdeen, Sir J. A. Chapleau, Sir Wilfrid Laurier, Lord Lister, Lord Strathcona et Mont-Royal, M. l'abbé Colin, le consul général de France, etc, etc... Il était impossible à l'Université d'offrir une plus belle salle à M. le prof. Charles Richet, l'illustre et savant conférencier qui nous a ce soir là si bien parlé de l'œuvre de Pasteur.

Le prof. Richet et lord Lister, par leur science profonde et leur éloquence modeste, ont créé une forte impression sur les membres du congrès. Et c'est là encore l'une des notes caractéristiques de la belle fête qui vient de finir, que des gens de race et de religion différentes, qui ont après tout les mêmes besoins et les mêmes ambitions, se soient unis intimement sur le terrain de la science, dans l'intérêt commun de l'esprit et du progrès, et sans pour cela rien abandonner de leurs convictions personnelles. C'est avec cet esprit large et conciliateur que nous fonderons des œuvres sérieuses. Parlant de l'union qui a existé dans le dernier congrès notre confrère le *Montreal Medical Journal* qualifie l'occasion de mémorable. Nous osons espérer que l'impression ne s'effacera pas.

Les diverses sections du congrès ont été présidées par des médecins éminents d'Angleterre et du Canada, et un grand nombre de médecins distingués des Etats-Unis ont pris fait aux délibérations, ce qui leur a donné beaucoup d'éclat et de valeur. Nous consacrerons notre livraison d'octobre à l'analyse de la partie scientifique de la réunion.

Mais nous tenons à présenter dès aujourd'hui nos félicitations les plus sincères au président, M. le Dr Roddick, et aux secrétaires, MM. les Drs Adami et Springle, pour la manière admirable et prévoyante avec laquelle ils ont organisé si effectivement la réunion de l'Association Médicale Britannique, et pour le beau succès qu'ils ont obtenu, succès dont tout le monde, mais surtout McGill, a lieu d'être fier. Nous tenons aussi a remercier notre confrère M. le Dr Dawson Williams, rédacteur du *British Medical Journal*, de l'amabili avec laquelle il nous a remis une copie de tous les principaux discours pronoc durant la réunion. Grâce à ces copies, et aux analyses des délibérations publié dans le *Daily Journal* (qui fut tant apprécié des membres), nous pourrons mois prochain présenter à nos lecteurs un résumé assez complet de la 6 réunion annuelle de l'Association Médicale Britannique.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'APPLICATION DE L'ENTOMOLOGIE A LA MÉDECINE LÉGALE. (1)

Par les professeurs WYATT JOHNSTON (2) et GEORGE VILLENEUVE (3). de Montréal.

Les remarquables résultats des études de Mégnin (4) sur la faune des cadavres a fait entrer l'entomologie dans la pratique usuelle de la médecine légale, nul expert ne peut maintenant l'ignorer. Il est possible maintenant de reconnaître depuis combien de temps un cadavre a été exposé et de fixer approximativement la date du décès, en étudiant la faune animale qui s'est développée dans ce cadavre. C'est a Mégnin seul que revient l'honneur d'avoir écrit ce chapitre spécial de la médecine légale et d'avoir ouvert cette nouvelle source de preuve médico-légale, quoique Bergeret (5) avant lui eut tenté de tirer quelques applications pratiques de l'entomologie basées sur les connaissances incomplètes et les fausses notions qui avaient cours de son temps. La publication de la Faune des cadavres de Mégnin a contribué beaucoup à vulgariser le sujet, quoique la division des différentes phases de la putréfaction en huit périodes, au lieu de la division plus simple en quatre périodes, soit plus compliquée et plus difficile à comprendre.

Depuis 1878, Brouardel (6) et ses collègues, à la morgue de Paris, ont eu recours aux bons offices de M. Mégnin, pour une quinzaine de fois au moins, et mis ses connaissances à contribution. Les résultats obtenus ont donné la plus entière satisfaction. Il est arrivé très souvent que l'exactitude de ses conclusions, tirées seulement de l'examen de quelques débris humains et de quelques insectes, a été vérifiée par les développements subséquents de l'affaire. Quelquefois le mystère qui entourait la trouvaille, n'a jamais été éclairci, mais il n'est pas arrivé une seule fois que les résultats de l'enquête aient prouvé que les conclusions de Mégnin fussent erronées.

M. Brouardel (7) rapporte le fait suivant qui tient absolument du merveilleux. Il fut nommé pour examiner le cadavre d'un enfant de huit ans, trouvé dans une caisse à savon ; le corps était momifié. On lui demandait de spécifier l'époque à laquelle remontait la mort. M. Brouardel se fit adjoindre M. Mégnin.

(1) Lu devant l'Association Médicale du Canada, août 1896, et publié en anglais dans le ntreal Medical Journal, livraison du mois d'aout 1897.
(2) Université McGill (3) Université Laval.
(4) Mégnin (P). La faune des cadavres, Paris 1894, Gazette Hebdomadaire de Médecine le Chirurgie, 20 juillet 1893 ; La faune des tombeaux 1887.
(5) Annales d'Hygiène publique et de Méd. l'égale, 1855, tome IV., p. 404.
(6) La mort subite, 1894, p. 99 ; L'infanticide, 1896, p. 141
(7) L'infanticide page 143.

Celui-ci, après avoir étudié la succession des mouches et des larves dont on retrouvait les débris, a affirmé que l'enfant avait été mis dans la caisse à une époque où les mouches n'avaient pas encore commencé leur évolution, c'est-à-dire dans la dernière quinzaine de février, et que, depuis ce moment, il s'était passé deux hivers et un été. La mère, qui était inculpée, était atteinte de phtisie pulmonaire ; se sentant mourir, elle avoua qu'elle avait mis l'enfant dans la boîte le 23 février de l'année précédente.

Cependant, ces résultats brillants ne sont pas sans dangers. Des imitateurs de Mégnin pourraient se livrer à des déductions spéculatives, ne reposant pas sur des connaissances solides, car seul un entomologiste de premier ordre peut mener ces expertises à bonne fin. Ou bien on pourrait être tenté d'employer les données de Megnin dans des pays ou sous des climats où elles ne pourraient recevoir leur application. Nous avons donc pensé qu'avant de tirer des études de Mégnin des déductions applicables au Canada, il serait utile de faire quelques observations comparatives, afin de rechercher jusqu'à quel point les données recueillies sur la faune des cadavres, en France, pourraient s'appliquer en Canada.

Il est vraiment regrettable, dans l'intérêt de la science, que M. Mégnin n'ait pas donné, en même temps que les principes généraux de l'entomologie et les applications médico-légales qu'il en a faites, les nombreuses observations d'où il a tiré ces déductions. Nous pourrions ainsi nous rendre un compte plus exact des degrés dans les variations des dates d'apparition, qu'il a rencontrés dans des expériences faites sous des conditions déterminées. Pour plus de commodité, nous avons arrangé, sous forme de tableau, l'époque d'apparition que M. Mégnin assigne, dans les travaux que nous avons mentionnés, aux différentes espèces entomologiques qui envahissent le cadavre; quoique, naturellement, il faille accorder une certaine latitude pour les variations qui peuvent se présenter. Nous ne désirons pas attribuer à M. Mégnin, personnellement, la responsabilité de ce tableau.

L'application de l'entomologie à la médecine légale repose sur ce principe que les produits des différentes périodes de la putréfaction attirent certaines espèces de faune et en repoussent d'autres.

Les différentes périodes qui correspondent à chaque espèce peuvent être résumées de la façon suivante ainsi que le démontre le tableau. Lorsque le cadavre est encore à l'état frais, il attire les larves des diptères (*Musca*, *Curtonevra* et *Calliphora*). Lorsque la putréfaction commence à se faire sentir, arrivent les mouches à viande *Lucilia* et *Sarcophaga*. Un peu plus tard, à la période de formation des acides gras, le cadavre est envahi par des Coléoptères du genre *Dermestes* et des Lépidoptères du genre *Aglossa* (nous n'avons jamais rencontré cette dernière espèce dans nos observations canadiennes, quoiqu'elle paraisse être très commune en France). Peu après, il se développe une véritable fermentation caséïque qui appelle la *Pyophila* des Diptères et la *Necrobia* des Coleoptères. Arrive ensuite la période de fermentation ammoniacale composite, sous l'influence de laquelle se produit une liquéfaction noirâtre des matières animales et dont les émanations attirent une série de travailleurs appar-

tenant aux Coléoptères (*Necrophorus*, *Silpha*, *Hister* et *Saprinus*), ainsi qu'aux Diptères (*Ophyra*, *Thyreophora*, *Phora* et *Lonchea*). La période suivante est celle où les tissus subissent de la momification et sont envahis par les Acariens, dont les débris et les excréments se déposent sous forme de poussière. Subséquemment, à mesure que les tissus se dessèchent, apparaît une seconde génération d'*Aglossa* avec aussi le Dermestes *Tineola* et les Coléoptères *Attagenus* et *Anthrenus*. Finalement, quand il ne reste plus du cadavre que les téguments desséchés, deux formes de coléoptères apparaissent pour les ronger, ce sont le *Tenebrio* et le *Ptinus*.

Dans le cas de cadavres inhumés, la faune est beaucoup moins variée, elle consisterait simplement dans le *Phora* et l'*Ophyra* des Diptères et le *Philonthus* et le *Rhizophagus* des Coléoptères avec ceux des Diptères qui ont pu envahir le cadavre avant son inhumation.

FAUNE DES CADAVRES EXPOSÉS A L'AIR (1) (COMPILÉ D'APRÈS MÉGNIN)

PÉRIODES	ETAT DU CADAVRE	DURÉE MINIMA	ESPÈCES
Première période Deuxième période	Cadavres frais Commencement de la putréfaction	Premiers trois mois	(D) Musca * Cyrtoneura * Calliphora * (D) Lucilia * Sarcophaga *
Troisième période Quatrième période	Acides gras Fermentation caséique	3 mois à 4 mois	(L) Dermestes * Aglossa Pyophila * Anthomya (C) Necrobia(Cornytes)
Cinquième période	Fermentation ammoniacale	De 4 mois à 8 mois	(D) Thyreophora Ophira * Lonchea, Phora (C) Necrophorus Silpha * Hister * Saprinus *
Sixième période	Dessiccation	De 6 mois à 12 mois	(A) Uropoda Trachynotus Tyroglyphus * Glyciphagus Serator
Septième période	Dessiccation extrême	1 an à 3 ans	(L) Aglossa Tineola Attagenus Anthrenus
Huitième période	Débris	Plus de 3 ans	(C) Tenebrio Ptinus

(1) (D) Diptère, (C) Coléoptère, (L) Lepidoptère, (A) Acariens, (T) Thysanura.

FAUNE DES CADAVRES INHUMÉS

AVANT L'INHUMATION	(D) Calliphora, * Cyrtoneura
APRÈS L'INHUMATION	(D) Orphyra, * Phora (C) Philontes * Rhozophagus (T) Achorutes, Templetonia

Nous avons marqué du signe (*) les genres que nous avons rencontrés dans nos observations.

La liste suivante, qui renferme toutes les espèces mentionnées par Mégnin, nous a été fournie gracieusement par M. F. H. Chittendene, du bureau d'entomologie de Washington. Les espèces trouvées par nous et qui n'apparaissent pas dans la liste de Mégnin, sont placées entre guillemets [ ]. Celles qui sont précédées de la lettre A appartiennent à l'Amérique du Nord ; de la lettre E, à l'Europe, la lettre C indique que les espèces qu'elle précède sont cosmopolites et sont communes à l'Amérique du Nord.

DIPTERA.—C *Musca domestica*, *Musca carnaria* = E *Sarcophaga carnaria*, C *Cyrtoneura stabulans*, C *Calliphora vomitoria*, C [*C. erythrocephala*,] C *Lucilia cæsar*, E *Sarcophaga carnaria*, E *S. arvensis*, E *S. laticrus*, C *Piophila casei*, C *P. petasionis*, E *Anthomyia vicina* (espèces inconnues), E *Thyreophora cynophila*, E *T. furcata*, E *T. anthropophaga*, C *Ophyra leucostoma*, E *O. cadaverina* *Pyrellia cadaverina*, E *Lonchea nigrimana*, C *Phora aterrima*.

COLEOPTERA.—C *Dermestes lardarius*, C *D. frischii*, C *D. undulatus*, C *Necrobia* = *Ernatus ruficollis*, C *U. cœruleus*, = *violacens*. C *Necrophora* (*fossor*), *interruptus*, C *N. humator*, C (*silpha littoralis*) = *Asbolus littoralis*, C *S. obscura*, A [*S. noviboracensis*]. C *Hister cadaverinus*, A *H. fœdatus*, C *Saprinus rotundatus*, A [*S. assimilis*], C *attagenus pellio*, C *Anthrenus museorum*, C *Tenebrio molitor*, C *T. obscurus*, C *Ptinus brunneus*, C *Philonthus ebeninus*, C [*P. politus*], C *Rhizophagus parallelocollis*, C [*Omosita colon*, A *Trox unistriatus*].

LEPIDOPTERA.—E *Aglossa pinguinalis*, C *A. cuprealis*, C *Tineola biselliela* C *T. pellionella*.

ACARI.—E *Uropoda nummularia*, E *Trachynotus cadaverinus*, C *Tyroglyphus spinipes*, *T. siro*, C *T. longior*, E *Glyciphagus spinipes*, E *G. cursor*, E *Serrator amphibius*, E *S. necrophagus*.

THYSANURA.—E *Achorutes armatus*, E *Templetonia nitida*.

Il est intéressant de constater par ce tableau le nombre restreint d'espèces de l'ordre diptère, coléoptère, acarien et lépidoptère que l'on rencontre en France ; en pratique, l'identification devient donc relativement facile.

Il faut avoir bien présent à l'esprit que les observations de Mègnin n'ont été prises que sur des cadavres humains. C'est un fait digne de remarque que de constater l'absence dans ce tableau de certaines espèces qui s'attaquent à la chair des animaux, des oiseaux et des reptiles, soit qu'ils n'apparaissent pas dans la liste de Mégnin, soient qu'ils ne s'attaquent au cadavre humain qu'longtemps après la dernière escouade mentionnée par l'éminent entomologiste. Les insectes nécrophores, par exemple, qui s'attaquent au gibier, après quelques jours

d'exposition, n'envahissent le cadavre humain qu'après plusieurs mois. De sorte que, à notre idée, les opinions basées sur des expériences faites sur la chair des animaux, des chevaux par exemple, mises en contradiction avec celles de M. Mégnin, ont peu de valeur pratique ; ce qu'il faut plutôt ce sont des expériences faites sur des restes humains, d'après des dates précises et sous conditions météorologiques notées avec soin. C'est dans cette idée que nous avons fait certaines observations dont nous parlerons bientôt, et d'autres qui ne sont pas encore terminées.

Nous avons commencé nos études il y a 2 ans. Aucune observation que nous sachions n'a encore été publiée, sur ce sujet, aux Etats-Unis, ou au Canada,

(Avec la gracieuse permission du *Montreal Medical Journal.*)

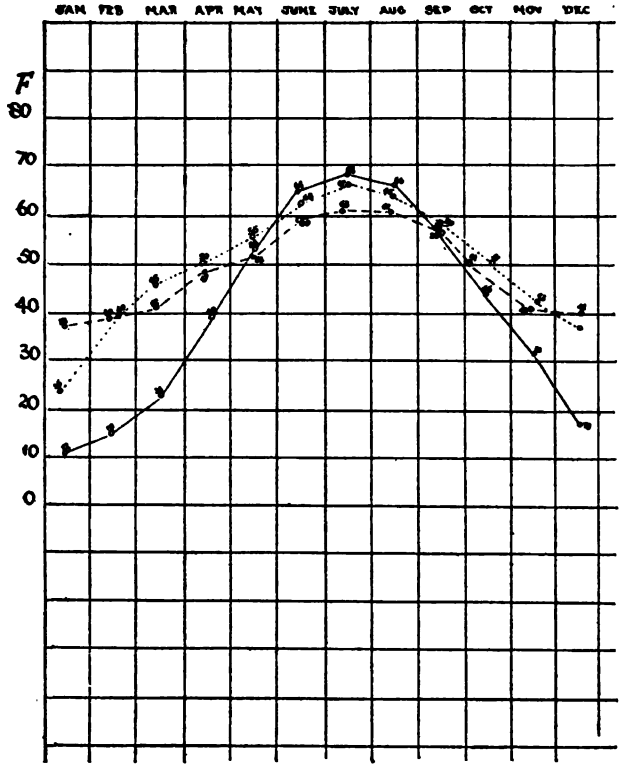


FIG. I.—Moyenne mensuelle de la température de l'air à Montréal—, Paris..... et Greenwich - - - - - -
N. B.—L'échelle de ces cartes n'est pas absolument exacte.

le sorte que nous n'avons aucune indication directe sur la valeur des dates d'apparition et de succession des espèces mentionnées par Mégnin, par rapport au climat du Canada. Il existe beaucoup plus de renseignement quant à la fréquence relative de la présence des divers espèces et genres européens, américains et cosmopolites, mais ils sont consignés dans des rapports et des livres qui ne sont pas d'un accès facile.

Afin de comparer les résultats sous les différents climats, nous avons recherché quelle était la température moyenne du sol et de l'air de Montréal, Greenwich et Paris. (Les observations parisiennes ont été prises à une profondeur un peu différente de celle des autres).

La différence de la température en été est beaucoup moins considérable qu'on ne pourrait le croire; cela pourraitexpliquer la concordance générale de nos résultats avec ceux de Mégnin. Les particularités du climat du Canada sont un hiver long et froid, pendant lequel la terre est couverte d'une épaisse

(Avec la gracieuse permission du *Montreal Medical Journal*)

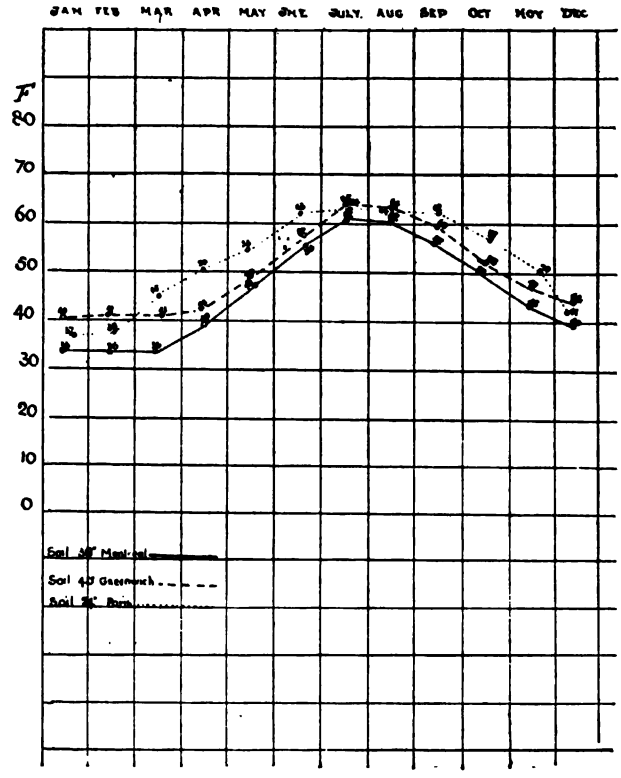


FIG. II.—Moyenne mensuelle de la température du sol à Montréal (40 pouces—, Paris (24 pouces) ....., et Grnenwich (38 pouces) - - - - - -

couche de neige qui empêche la gelée de pénétrer à une grande profondeur, suivi d'un été généralement très chaud. L'intervalle entre l'hiver et l'été est relativement court. Les arbres se couvrent de feuilles à peine un mois après la fonte des neiges, et pendant les jours chauds, il n'est pas rare de voir le thermomètre se maintenir entre 80° 95° Farh. (de 27° à 32° C). Ainsi la température de la surface du sol de Montréal est plus élevée que celle de Greenwich et apparemment bien près de celle de Paris. La proportion des jours de plein soleil, ce qui est une excellente indication de la chaleur du sol, entre le 1er avril

et le 30 septembre, est de 65 à Montréal et de 53 à Paris. La température moyenne de l'été est un peu plus élevée à Montréal qu'à Paris. La proportion de l'humidité, en été, est de 72 à Montréal et de 71 à Paris.

La faune que nous avons étudiée provient des environs de Montréal.

	TEMPÉRATURE DE L'AIR ° FARH. MOYENNES MENSUELLES			TEMPÉRATURE DU SOL • FARHENHEIT MOYENNES MENSUELLES					
MOIS	Montréal	Paris	Greenwich	Montréal à 40 pouces	Paris à 40 pouces	Greenwich à 38 pouces	Montreal à 1 pouce	Paris à 2 pouces	Greenwich à 1 pouce
Janvier	12	26	38	36	37	40	28	35	36
Février	15	40	39	36	38	41	30	36	40
Mars	24	45	42	36	45	41	32	46	39
Avril	40	30	47	40	50	44	54	52	45
Mai	54	45	53	48	55	49	68	61	51
Juin	64	63	60	56	63	57	78	64	63
Juillet	67	67	63	62	64	65	79	68	68
Août	66	65	62	62	64	64	74	66	65
Septembre	58	59	58	57	62	60	64	61	57
Octobre	46	51	51	52	57	53	50	54	47
Novembre	33	43	43	45	50	47	38	46	42
Décembre	18	38	41	40	41	46	31	38	39
Moyenne annuelle	41. 8	52. 0	50. 0	47. 6	47. 6	52. 0	51. 3	51. 8	49. 5

Les températures du sol de Montréal sont tirées des observations de MM. H. L. Calender et C. H. McLeod, rapports de la Société Royale du Canada, 1895 et 1896. Les températures du sol de Paris sont tirées des observations de M. M. E. et H. Bequerel, comptes rendus, 1883, tome 96, p. 1109. Toutes ces températures ont été prises audessous du gazon. Pour plus de simplicité, nous avons exprimé les températures par le nombre entier Farhenheit qui se rapprochait le plus du degré réel, lorsqu'il existait des fractions, Les différences entre la moyenne mensuelle et les températures les plus basses et les plus hautes est de 1° a 4° Farh.

On nous a fait remarquer que la croissance et le développement plus rapide de la flore du Canada pourraient bien s'accompagner aussi d'une évolution plus rapide de la faune canadienne, par rapport à celle de l'Europe. Tel n'est pas le cas individuellement pour les insectes que nous avons étudiés. Cependant, nous avons constaté que l'apparition successive des différentes espèces, dans les cadavres exposés, s'est faite à des périodes beaucoup plus rapprochées que celle que nous nous attendions à trouver d'après les règles établies par Mégnin.

Dans nos observations relativement peu nombreuses, sur les 23 espèces mentionnées par Mégnin, comme apparaissant pendant la première année d'exposition, nous en avons rencontré 11, et nous avons constaté que 5 espèces sur

les 12 qui restent sont rares sur ce continent. Par contre, nous avons rencontré deux espèces qu'il ne mentionne pas, ce sont les insectes Trox et Omosita, qui sont rares en France, quoiqu'appartenant au genre Sarcophaga. Nous avons rencontré constamment les diptères de la première et de la seconde périodes, sur les cadavres exposés pendant la saison chaude ; tout au contraire, nous ne les avons pas trouvés pendant l'hiver, à moins que les corps eussent été gardés à l'intérieur des maisons pendant quelques jours. L'exception suivante vaut la peine d'être notée. Le cadavre d'un aliéné échappé d'un asile le 22

(Avec la gracieuse permission du *Montreal Medical Journal.*)

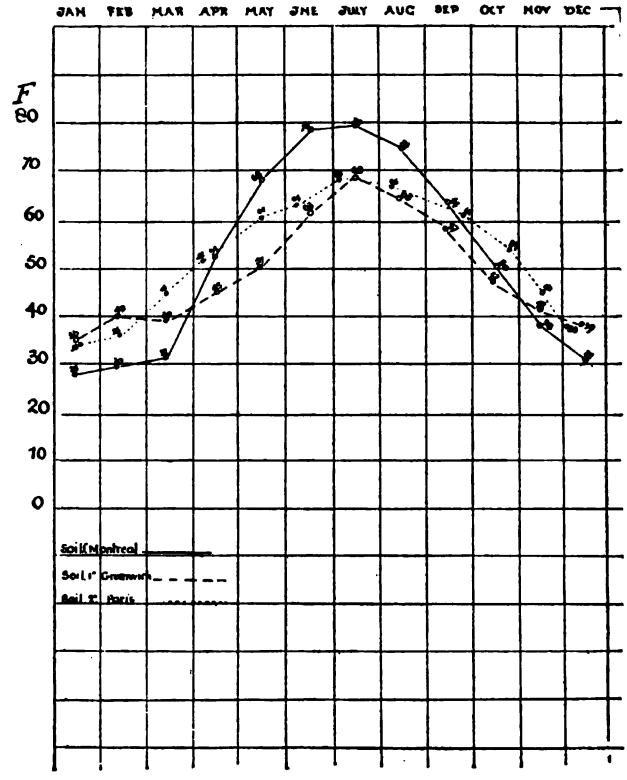


FIG. III.—Moyenne mensuelle de la température du sol à Montréal (1 pouce)——, Paris (2 pouces)....., et Greenwich (1 pouce) - - - - - -

février 1896, alors que la terre était couverte de neige, fut trouvé le 20 avil 1896 dans un champ, sur un tas de neige. Il avait une quantité considérable de petites larves blanches dans les cavités nasales, et sur les yeux, que l'on reconnut après éclosion être celles de l'espèce *Calliphora Erythrocephala.* Il est vrai que le développement et l'éclosion de la nymphe n'avaient pas encore eu lieu. Pour déterminer les dates, la connaissance des époques de l'année à laquelle se fait la génération des différentes espèces d'insectes est de la plus grande importance.

Une déduction qui n'est pas mentionnée par Mégnin, mais qui nous a été d'une utilité pratique considérable, c'est que lorsque l'on trouve des pupes de diptères vides, on peut dire que la durée de l'exposition n'a pas été moindre d'un mois ; tandis que l'absence de pupes vides indique que l'exposition ne remonte pas à plus d'un mois, pendant le temps chaud.

Nos observations sont absolument semblables à celle de Mégnin, quant à l'ordre de succession. Ainsi, lorsque les acariens existaient, nous avons trouvé la preuve que les genres *Silpha* et *Hister* les avaient précédés. Nous n'avons rencontré le genre *Pyophila* que lorsque la saponification du cadavre était très avancée. Les *Dermestes* existaient avant la période de saponification, mais pas au début de la décomposition. Les genres *Calliphora* et *Lucilia* sont les insectes que nous avons rencontrés jusqu'à la fin du premier mois, dans des cas où les dates ont pu être établies d'une manière certaine. Nous n'avons pas trouvé l'espèce *Lucilia* dans les cas où l'exposition n'avait duré que quelques jours.

Nous n'avons jamais rencontré les genres *Attagenus*, *Anthrenus*. *Tenebrio* et *Ptinus*, mais comme, dans aucune de nos observations, l'exposition des cadavres n'avait atteint la période d'invasion de ces insectes, mentionnée par Mégnin, leur absence confirme la règle générale établie par lui. Dans un cas où la durée de l'exposition, établie d'une manière certaine, avait été de 5 semaines, les os du crâne étaient à nu, les clavicules complètement dépouillées des parties molles et désarticulées, ces insectes n'ont pas été rencontrés. La disproportion de la décomposition des différentes parties du corps, dans ce cas, était absolument remarquable, car les organes abdominaux étaient si bien conservés, qu'il a été possible de faire des recherches chimiques pour l'arsenic.

Chaque fois qu'il a été possible de le faire, nous avons élevé les larves afin de pouvoir déterminer exactement le temps nécessaire à une évolution complète. La durée d'un cycle n'a jamais été moindre que celle donnée par Mégnin. Il a été extrêmement difficile d'obtenir plus de deux générations. Malheureusement e pamphlet publié depuis par le bureau d'entomologie de Washington n'avait pas encore paru lors de nos premières observations, et nous n'avons pu leur appliquer les excellents conseils qu'il donne sur l'entomologie pratique.

Dans une affaire où l'un de nous (1) avait été appelé comme expert, l'étude de la faune fournit des renseignements précieux à la justice. Dans les premiers jours de mai 1895, on trouva le cadavre d'un inconnu, le crâne percé par un trou de balle, dans un endroit désert. Le cadavre avait subi en entier la transformation en gras de cadavre ou adipocire, et dans plusieurs endroits, les os étaient mis à nu. Le corps et ses vêtements fourmillaient de petites larves, blanches, que l'on reconnut à leurs sauts caractéristiques, appartenir à l'espèce *Pyophila casei*, ce qui fut vérifié par l'évolution subséquente de ces larves De plus. le cadavre et les vêtements étaient littéralement couverts de grosses larves de diptères et de pupes vides que nous ne pûmes identifier exactement. Il n'y avait pas d'acariens ni de coléoptères. La théorie émise par la police était que

(1) Le docteur Villeneuve.

cet individu avait été assassiné pendant l'hiver dans une maison située près de l'endroit où fut trouvé ce cadavre. La présence en si grand nombre de diptères renversa complètement cette théorie en faisant remonter la date de l'exposition du cadavre aux jours chauds de l'été ou de l'automne précédents. Lancées sur cette piste, les recherches aboutirent à faire identifier le cadavre comme celui d'un inconnu qui avait été vu dans ce voisinage, pendant les récoltes et qui avait sur lui un revolver. Subséquemment on trouva un revolver près de l'endroit où avait reposé le cadavre, ce qui donna raison à l'opinion émise tout d'abord par l'expert qu'il agissait d'un cas de suicide.

Dans le mois de février 1895, on apporta à l'un de nous (1) le cadavre d'un enfant nouveau-né qui avait été trouvé sous un plancher d'une chambre de bain située directement au-dessus de la cuisine. On fit en même temps rapport que, si les dépositions des témoins étaient vraies, le cadavre de l'enfant devait avoir été placé à l'endroit où on l'avait trouvé, cinq semaines auparavant. Des étrangers avaient remarqué que la servante de la maison, que l'on supposait être la mère de cet enfant, avait présenté un développement abdominal suspect, quoique la maîtresse de la maison ait déclaré à l'enquête qu'elle n'avait rien remarqué. Après la nuit en question, cette rotondité disparut tout à coup, et les manières de la jeune fille parurent singulières et étranges pendant les quelques jours suivants. Une compagne de cette servante, qui partageait sa chambre, dit que, cette même nuit, l'inculpée était allée dans la chambre de bain, en disant qu'elle allait *changer de bas*, et qu'elle était revenue couverte de sang.

Un mois plus tard, des draps du lit et des sous-vêtements de la servante, présentant des taches considérables de sang, furent saisis par la police. Malheureusement, un examen vaginal convenable ne fut pas fait lors de l'enquête ; mais nous apprîmes subséquemment qu'une espèce de sage-femme avait examiné la jeune fille à la demande du coroner McMahon et qu'elle avait trouvé les signes d'une grossesse récente. Quoi qu'il en soit, il paraissait établi non seulement que la servante avait été enceinte, mais qu'elle avait réellement accouchée à l'époque mentionnée. Il restait seulement à établir l'identité de l'enfant.

Le cadavre était dans un état de décomposition très avancée, et fourmillait d'insectes et de larves de *Dermestes lardarius*, de larves et de pupes, dont quelques-unes étaient vides, de *Calliphora erythrocephala* ; quelques mouches adultes s'envolèrent à l'ouverture de la boîte qui avait renfermé le cadavre depuis quelques heures. Le cadavre exhalait une forte odeur de vieux fromage, et sa surface était criblée de trous creusés par les insectes. Pas de traces d'acariens au microscope. L'état avancé de putréfaction rendit impossible toute constatation quant à la cause de la mort. Les poumons, quoiqu'offrant quelques signes que l'enfant avait respiré, étaient trop décomposés pour permettre de conclure positivement. Le cadavre ne présentait pas de marques de violence graves, les seules qui pussent être appréciables sous les circonstances. L'enfant était venu au monde entre le 8e mois et le terme normal de la grossesse, il n'y avait pas de preuve qu'il eût reçu des soins.

(1) Le docteur Wyatt Johnston

Ici, nous avons une anomalie bien étrange : les dépositions positives des témoins ne faisaient pas remonter la mort à plus de 5 semaines, tandis que d'après Mégnin, la seule autorité sur le sujet, le cadavre ne pouvait arriver en l'état où il a été trouvé en moins de trois mois. Une telle abondance d'insectes *Calliphora* ne se rencontre pas non plus habituellement au printemps. Quant à nous personnellement, nous n'avons jamais vu un cadavre dans cet état, après un mois seulement d'exposition. D'un autre côté la situation du cadavre, entre deux planchers, au-dessus d'une cuisine, était de nature à hâter le dessèchement du cadavre, si favorable aux *Dermestes*. Nous avons alors fait quelques expériences ; des insectes de dermestes mis en présence de cadavres d'enfants nouveau-nés, ne les ont pas touchés pendant le premier mois et ne les ont envahis qu'à la fin du deuxième, et encore ce résultat minimum n'a pu être obtenu que dans un atmosphère sec. Nous avons cru que la présence des acides gras contenu dans l'enduit sébacé aurait bien pu hâter les choses, mais, d'après nos expériences, la présence de ces acides n'a pas paru avoir d'action notable.

La contradiction entre l'expertise médicale et les dépositions des témoins fut remarquée à l'enquête et, lors du procès, elle eut pour résultat l'acquittement de l'inculpée. Dans cette affaire, les circonstances étaient certainement en contradiction avec les théories de Mégnin, mais la matérialité des faits n'a jamais été établie de manière à écarter tout doute.

Dans une autre affaire, le cadavre d'une vieille femme, dans un état de décomposition très avancée, avec transformation des tissus en adipocire, fut trouvé dans un champ, au mois d'août 1895. Les téguments exposés étaient parcheminés et le squelette de l'extrémité supérieure du cadavre était dépouillé en certains endroits. Autant qu'il a été possible de l'établir, l'exposition du cadavre remontait au milieu d'avril, c'est-à-dire qu'elle durait depuis plus de quatre mois. Le cadavre était envahi par les Diptères *Calliphora erythrocephala*, *Lucilia cæsar* et *Pyophila casei*, les Coléoptères *Silpha noviboracensis*, *Omosita colon*, *Hister fœdatus*, *Trox unistriatus* et *Saprinus assimilis*. En plus, il y avait, sur certaines parties du corps, un grand nombre d'acariens qui n'ont pas pu être identifiés parfaitement par les experts que nous avons consultés, mais qui incontestablement appartenaient au genre *Tyroglyphus*.

Les constatations, dans ce cas, sont absolument ce que l'on devait s'attendre à trouver d'après les théories de Mégnin, quant aux insectes présents, quoiqu'ils soient apparus à une époque beaucoup plus avancée que celle que leur assigne Mégnin. La présence de deux espèces non mentionnées par lui, *Trox* et *Omosita*, n'infirme pas l'exactitude de ses dires, car ces espèces sont très rares en Europe.

La méthode de Mégnin de calculer l'intervalle entre les périodes d'après le nombre d'insectes et la proportion des males et des femelles, paraît avoir une fondation moins solide, quoique ce soit une des premières méthode employée par lui, car il est impossible de savoir d'une manière certaine quel est le nombre d'insectes qui ont primitivement envahi le cadavre.

Nos observations pour les cadavres inhumés se résument à quelques examens pour des fins médico-légales et ne sont pas assez nombreuses pour avoir une valeur quelconque au point de vue de la statistique. Nous avons trouvé cons-

tamment le *Philonthus politus*, mais nous n'avons jamais rencontré le Rizophagus. Les autres espèces étaient excessivement rares, excepté dans les cas où les cadavres avaient été exposés durant quelques jours, pendant les jours chauds, et qui, ainsi qu'on devait s'y attendre, dans ces cas là, présentaient un nombre considérable de diptères, principalement de l'espèce *Calliphora*.

Le Dr Murray Motter a fait, à Washington, D. C., de très intéressantes observations sur des cadavres inhumés, qui seront publiées bientôt et qui nous ont été communiquées privément. Elles tendent à établir que la faune des cadavres inhumés à Washington est beaucoup plus variée et beaucoup plus nombreuse que l'on pourrait s'y attendre d'après les rapports de Mégnin pour ce qui regarde la France. L'importance de comparer les résultats dans différents endroits est considérable et nous osons émettre l'idée que la température du sol fournira de meilleurs renseignements sur ce que nous pouvons attendre, que ceux qui sont fournis par les conditions atmosphériques de température et de climat, tant pour les cadavres inhumés que pour les cadavres exposés.

Conclusions : Il paraît établi que des observations et des expériences devraient être faites dans chaque localité avant que les connaissances actuelles en entomologie puissent être appliquées généralement à la médecine légale. Dans le district de Montréal, les différences concernent plutôt le degré que l'espèce, et se rapportent plutôt aux espèces qu'aux genres. En somme, les nouvelles observations confirmeront la succession de différentes périodes et l'ordre dans lequel se font ces successions. Les observations faites sur des cadavres autres que des cadavres humains sont de nature à induire en erreur et on ne doit pas leur attacher beaucoup d'importance. La durée des périodes devra, cependant, en toute probabilité, être modifiée selon les différentes localités. Nous connaissons actuellement très peu de chose sur les différences dans le mode d'être des différentes espèces d'un même genre.

Nous désirons remercier Messieurs Schwartz, Coquillett et Banks, du bureau d'entomologie de Washington, ainsi que M. le professeur Fletcher, d'Ottawa, qui ont bien voulu déterminer pour nous les espèces des diptères et des coléoptères, M. A. F. Winn, de Montréal, pour des renseignements sur l'occurence des espèces de l'Amérique du Nord et M. le professeur McLeod pour les observations météorologiques. Nous désirons offrir tout spécialement nos remerciements à M. le Dr M. G. Motter, de Washington, pour l'assistance précieuse et les renseignements qu'il nous a donnés sur ses observations personnelles sur la faune des cadavres inhumés.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE.

MONTRÉAL, 1897.

DISCOURS PUBLICS.

LE CANADA : SON ORGANISATION ET SES RESSOURCES MÉDICALES. (1)

Par T. G. RODDICK. M. D.,

Président de l'Association Médicale Britannique.

(Traduction)

Le président souhaite d'abord la bienvenue aux membres de l'Association, ainsi qu'au prof. Richet et à lord Lister ; puis il rend hommage à son prédécesseur, le Dr Henry Barnes, et présente, en quelque mots, les Drs Osler, Mitchell, Banks et Biggs, qui doivent faire les discours sur la médecine, la chirurgie et l'hygiène. Il trace ensuite l'historique de l'Association Médicale Britannique. Enfin, il décrit en ces termes le climat du Canada et ses places d'eau :

LE CLIMAT DU CANADA

" Le meilleur moyen de se rendre compte des conditions atmosphériques d'un pays, c'est d'en comprendre d'abord les caractères physiques. Ces caractères, pour ce qui concerne le Canada, sont remarquables. D'une manière générale on peut diviser le pays, au point de vue physique et climatérique, en trois grandes zones s'étendant du nord au sud sur la longueur du continent : ce sont la zone de l'est, la zone centrale et la zone de l'ouest. La zone de l'est comprend les plus vieilles provinces de la Puissance : Ontario, Québec, la Nouvelle-Ecosse, le Nouveau-Brunswick et l'île du Prince Edouard, sans compter le vaste territoire de chasse qui s'étend, à l'est et au nord-est de la baie James, de l'Atlantique au lac Supérieur et à cette chaîne de grands lacs qui se prolonge au nord du lac Supérieur vers l'océan Arctique. Entre cette grande chaîne de lacs et le versant est des montagnes Rocheuses, est située cette immense plaine intérieure qui constitue la zone centrale du Canada ; la partie sud de cette plaine est faite de prairies, la partie nord de forêts. La zone de l'ouest consiste dans cette large et sauvage bordure de montagnes qui terminent le continent sur l'océan Pacifique — les Rocheuses, les Selkirk, les montagnes de l'Or — formant partie de la chaîne des Cordillères, et s'étendant, au Canada, sur une largeur de 400 milles.

(1) Discours prononcé au Windsor Hall, à la séance d'ouverture de la 65e réunion de l'Association Mé i cale Britannique. le mardi 31 août. On remarquait sur l'estrade, à côté du président du Conseil, le Dr Saundby : le gouverneur-général, lord Aberdeen, le lieutenant-gouverneur, Sir J. A. Chapleau, M. Wilson-Smith, maire de Montréal, lord Lister, lord Mount-Royal, le prof. Richet, délégué du gouvernement français, et tous les officiers de l'Association

" Le Canada de l'est, notre première et notre plus large zone, offre, au point de vue géologique, une origine très ancienne. C'est ici que les géologues ont placé le noyau du continent — cette large ceinture de rocs cristallins si anciens qu'on appelle le plateau des Laurentides. La région est remarquable par le nombre immense de ses lacs, grands et petits, et par ses rivières irrégulières et tortueuses offrant des chutes et des rapides nombreux. La grande vallée du fleuve St-Laurent s'étend entre le plateau des Laurentides, au nord, et la chaîne des Apalaches au sud. Le bassin de ce majestueux fleuve couvre une superficie de 530,000 milles carrés, dont 460,000 sur le territoire canadien. Au dessus de la ville de Québec, la base des monts laurentiens et la chaîne des Apalaches s'éloignent l'une de l'autre, et le puissant fleuve coule dans une contrée basse et large dont la fertilité est remarquable et qui fut, dans les premiers temps, le grenier du Canada.

" Il est peut-être bon d'ajouter, en passant, que le Mont-Royal, qui donne à notre ville tant de cachet et de caractère, représente les vestiges d'un terrain volcanique très ancien. On peut apercevoir, de son sommet pittoresque, en regardant au loin, vers l'est et le sud, des élévations abruptes semblables : Montarville, Belœil ou St Hilaire, Rougemont, avec le mont Yamaska derrière lui, le mont Shefford et le pyramidal mont Johnson ou Monnoir. On aperçoit à distance les Adirondacks, vers le sud-ouest, et dans le sud-est les montagnes Vertes

"La zone de l'est renferme l'un des faits géographiques les plus remarquables du Canada ; ces grands lacs ou plutôt mers intérieures d'eau douce, Supérieur, Huron, Erié et Ontario, qui forment les réservoirs perpétuels du St-Laurent. Avec le lac Michigan, situé tout entier dans les Etats-Unis, ces lacs offrent une superficie totale de 94,750 milles carrés, superficie plus grande que celle de la Grande Bretagne. Ils sont tous les quatre à un niveau différent de la mer : Ontario 247 pieds, Erié 573, Huron 581 et Supérieur 602. Les chutes de Niagara, la plus grande et la plus impressionnante des merveilles de notre continent, sont le résultat direct de la grande élévation du lac Erié au dessus du lac Ontario, la rivière qui les unit n'ayant que quelques milles de long. A part le St-Laurent, le Canada de l'est possède plusieurs autres grandes rivières, tels que l'Ottawa, qui a un parcours de 1800 milles et un bassin de près de 1,000,000 de milles carrés ; le St-Maurice, le Saguenay, et le St-Jean, la gloire du Nouveau-Brunswick, qui offre un bassin, y compris le versant de l'Atlantique, de 50,214 milles carrés. Les zones du centre et de l'ouest ont aussi leur large part de lacs et de rivières. On remarquera que les rivières et les lacs canadiens couvrent ensemble une superficie de 130,000 milles carrés, et contiennent la moitié de l'eau douce du globe.

" J'attire spécialement l'attention sur cette suite de grands lacs et de rivières, parce qu'ils exercent une influence bénéficiable très grande sur le climat du Canada. Ils maintiennent la température moyenne alors que sur terre elle va aux extrêmes. L'eau en été est plus froide et en hiver plus chaude que la terre, ce qui tend à modifier les différences et à favoriser l'uniformité du climat. Sans ces eaux, nous aurions de vastes régions qui seraient comparativement de peu de valeur, comme en Afrique, en Asie et aux Etats-Unis, à l'ouest du Mississipi, où de larges bandes de terre, éloignées de l'eau, ne sont que des espaces arides. Notre climat est plus uniforme que celui d'Europe ; les différences météorologiques sont amenées seulement par la position, mais l'Europe a une température moyenne plus élevée, et les extrêmes ne sont pas aussi marqués, aussi divergents qu'au Canada. A cause de la grande superficie du Canada, couvrant plus de 20° de latitude, ou depuis la latitude de Constantinople à celle du cap Nord, en Norvège, la marge de la température est naturellement très grande. La frontière sud s'étend sur une longueur de 4,000 milles, et nous trouvons que, le long de cette ligne, Ontario a la latitude de l'Italie centrale, la Nouvelle-Ecosse celle du nord de l'Italie, le Manitoba et Vancouver celle du

centre de l'Allemagne. D'une manière générale, on peut placer l'été canadien entre 60° F. et 70 F.

" Quand on considère la grandeur et la diversité de son étendue, on peut dire que le Canada possède plusieurs climats. Prenant la classification de Solly, basée sur la topographie, nous avons au Canada les trois climats continentaux : bas, moyen et élevé. Le premier demande une élévation de 2,500 pieds, le second de 2500 à 4,500, et le troisième de 4,500 en montant. Pour ce qui concerne la température et l'humidité, on peut ranger le Canada sous la catégorie de "froid, modéré et sec. "

Les places de santé.

" On rencontre, dans la zone de l'est, deux localités, au moins, qui possèdent des qualités voulues pour constituer un climat favorable aux convalescents des fièvres et des maladies déprimantes, ainsi qu'à la consomption, à la période de début. Je veux parler de cette région de la province de Québec, située dans les Laurentides, au nord de Montréal, et dont Ste-Agathe est le centre, et de cette partie d'Ontario que l'on nomme le district de Muskoka.

" On a appelé la première les Adirondacks du Canada, parce qu'elle présente plusieurs des caractères, physiques et climatériques, du célèbre plateau situé dans la partie nord-est de l'État de New-York, et s'étendant depuis la vallée de Mohawk jusqu'à 150 milles au nord, presque à la frontière. L'élévation moyenne de ces deux régions est à peu près la même, de 1,600 à 1,800 pieds. D'immenses forêts de pins et une température modérée sont les traits caractéristiques du district canadien, au point de vue médical. On n'a pas encore pris, de la région de Ste-Agathe, des observations météorologiques systématiques, mais les indications seront vraisemblablement identiques à celles du séjour américain. On se propose de construire, sur la montagne Tremblante, en vue du village de Ste-Agathe, un sanitarium qui deviendra sans aucun doute, avec le temps, le rival du sanitarium de Saranac, près du lac du même nom, sanitarium administré avec tant de succès par le Dr E. L. Trudeau. L'altitude du sanitarium sera de 2,500 pieds, ce qui donnera une élévation de 700 pieds plus grande que celle de l'établissement de Saranac. Le gouvernement de la province de Québec a l'intention de réserver, dans cette partie de la province, une étendue suffisante de terrain pour constituer un parc naturel. On l'appellera le parc de la Montagne Tremblante, et il couvrira une superficie de 100,000 acres de terres où se trouvent plusieurs beaux lacs. Le sanitarium sera construit dans les limites de ce parc. Nous avons donc raison de croire que nous aurons avant longtemps chez nous une place de santé offrant tous les avantages de la région des Adirondacks, et capable de bénéficier autant à la même classe de patients qui se trouvent aujourd'hui si bien d'un séjour dans ces montagnes.

" A 100 milles au nord de Toronto, dans les montagnes d'Ontario, est située la région du lac Muskoka, une étendue d'à peu près 10,000 milles carrés, peut-être la partie la plus pittoresque de toute la province. Il y a dans ce district, qui a une altitude moyenne, au-dessus du niveau de la mer, d'environ 800 pieds, (200 au-dessus du lac Huron), près de mille lacs et étangs réunis par d'innombrables courants d'eau. Les principaux lacs sont les lacs Muskoka, Rousseau et Joseph. Ils renferment environ 400 îles. Cette région abonde en forêts de pins ; le climat est sec, l'air pur et fortifiant. On a trouvé que cette région de Muskoka possède des avantages climatériques remarquables pour les personnes qui ont une tendance à la phtisie. On a prouvé que la mortalité par la phtisie, dans cette partie d'Ontario, est de plus de 1-10 moindre que celle des autres parties de la province. On a fondé récemment à Gravenhurst, sous les meilleurs auspices, le sanitarium de Muskoka, pour le traitement de la phtisie au début. Ce sanitarium peut loger 40 patients ; il consiste en une bâtisse centrale, large, bien aménagée, et entourée, à distance raisonnable, d'un certain nombre de petits cottages. Les

terrains, (75 acres), sont situés sur les bords du lac Muskoka. Des forêts de pins et des rochers protègent les édifices du côté du nord et de l'ouest, d'où viennent les vents froids de l'hiver. On a l'intention, comme au sanitarium des Adirondacks, de l'habiter toute l'année. On suivra avec intérêt les progrès de cette institution, qui n'est encore qu'à sa période d'essai.

" Dans la partie centrale du Canada, la région des Territoires du Nord-Ouest, connu sous le nom d'Alberta-Sud,—la patrie du *cow-boy*,—offre plusieurs avantages qui la recommande comme place de santé. Cette bande de prairies et de collines est bornée, au nord, par le chemin de fer Pacifique Canadien, au sud, par la ligne de frontière; la limite est s'étend jusqu'à Medecine Hat, sa limite ouest au sommet des montagnes Rocheuses, et à la Colombie Anglaise, ce qui donne une superficie totale de 20,000 milles carrés. La plaine a une élévation de 2,700 pieds au-dessus du niveau de la mer, élévation qui va s'accroissant jusqu'à la Passe du Nid au Corbeau, où elle est de 4,500 pieds. Calgary, la capitale de l'Alberta, a une altitude de 3,500 pieds. Cette progression d'une altitude basse à une altitude élevée permet au patient de choisir la localité la plus favorable à son cas. Kennedy, dans sa longue expérience, n'a connu que deux cas de phtisie originaires de ce pays; l'un, une tuberculose aiguë avec teinte héréditaire prononcée, fut fatal; l'autre, un type ordinaire, guérit sans quitter la région. Il réclame, en faveur du climat de l'Alberta-Sud, une atmosphère aseptique et sèche, un sol sec, le maximum possible de jours de soleil (90 pour cent), des nuits fraîches. Les patients peuvent séjourner toute l'année dans la région, et à l'exception d'une tempête de neige accidentelle, qui couvrira la prairie d'une épaisseur variée de neige, rien ne les empêchera de vivre pratiquement à cheval. Le vent qu'on appelle Chinook a une influence remarquable sur toute cette partie occidentale du Canada. C'est un vent chaud qui souffle avec une intensité variable de l'ouest au sud-ouest. McCaul, qui en donne une bonne description, raconte que l'approche en est annoncée par l'accumulation de nuages sombres au-dessus du sommet des montagnes, et par un murmure ou un grondement distinct qui vient des passes et des gorges. L'effet en hiver est presque miraculeux. Quand souffle le vrai Chinook, la température monte parfois, en quelques heures, de 20o au-dessous, à 40o au-dessus de zéro. La neige, qui le matin avait peut-être un pied d'épaisseur, disparaît, et avant la nuit tout dégouline. Dans l'espace d'un seul jour toute l'eau est bue par le vent assoiffé, et la prairie est tellement sèche que les pieds des chevaux la marquent à peine.

" Les cas qui ont le plus bénéficié du climat de l'Alberta sont ceux de tuberculose pulmonaire au début, quoique les femmes neurasthéniques et anémiques soient aussi améliorées d'une manière remarquable. C'est un fait bien connu que des jeunes gens délicats, envoyés des Iles Britanniques dans cette région du Nord-Ouest, pour y travailler sur les ranches, deviennent, en un an ou deux, des hommes sains et vigoureux, qu'on a peine à reconnaître à leur retour.

" Plus à l'ouest encore, presque à mi-chemin entre Calgary et la côte du Pacifique, est située la belle vallée de Kamloops, autre pays de santé que l'on peut habiter l'année entière, et qui offre de nombreux avantages à ceux qui souffrent de formes variées de tuberculose. Cette vallée pittoresque, située entre les monts Rocheux et la chaîne des Cascades, a un climat d'altitude basse (1,100 pieds), mais très sec; la tombée annuelle de la pluie est de 11.05 pouces seulement, avec une moyenne de 75 jours de pluie dans l'année. Cette pluie disparaît rapidement, le sol étant léger et graveleux. Cette région nous donne un exemple de la variation du climat suivant la localité que Bryce a récemment signalée en rappelant que Vancouver et Kamloops, quoique peu éloignés l'un de l'autre, ont, le premier, une tombée annuelle de pluie de 35 pouces, le second d'à peine 11 pouces et une décimale. La température moyenne annuelle de la vallée de Kamloops est de 46o F., la variation dans l'année de 22·8. Les patients tuberculeux qui paraissent le plus bénéficier d'un séjour à Kamloops sont

ceux qui ont une tendance à la congestion chronique. On dit que les cas de bronchite s'y trouvent aussi très bien. On peut aussi recommander le climat aux consomptifs dont la maladie est compliquée d'une affection du cœur.

" Que le Canada soit un pays extrêmement sain, c'est le témoignage unanime des chirurgiens d'armée et de marine stationnés au Canada, avec les divers régiments, depuis la cession jusqu'à aujourd'hui. Crawford, qui fut envoyé à Montréal, avec son régiment, il y a un bon nombre d'années, et qui laissa ensuite l'armée pour pratiquer dans cette ville, a publié des statistiques détaillées et compilées avec soin, pour prouver que peu de parties de l'Empire Britannique ont un climat égal à celui du Canada. De fait ses statistiques prouvent d'une manière concluante que, pour chaque 1,000 hommes des troupes stationnées dans les diverses parties de l'Empire, le pourcentage d'hommes rendus inactifs par la maladie était au Canada de 7 pour cent moindre que celui de Gibraltar, le poste considéré, à cette époque, comme le modèle sous ce rapport. Je crois qu'il est facile de prouver, d'une manière satisfaisante, que le Canada est très bien doué pour le développement d'une race robuste, capable d'une grande résistance. Les races des Iles Britanniques et la race française n'ont certainement pas dégénéré dans ce pays. Ceci a été prouvé clairement, il y a quelques années, par Hingston, au moyen d'observations prises sur les étudiants en médecine qui suivaient les différentes écoles de cette ville. Il trouva que la force lombaire des Canadiens-anglais, de la troisième génération, dépassait de 20 livres celle des étudiants anglais et écossais récemment arrivés. Mais les Canadiens-français de la dixième génération étaient supérieurs à tous, par près de 30 livres. Le Canadien-français a dépassé le type normand originaire, non seulement en force, mais encore en poids et en hauteur.

LES EAUX MINÉRALES.

" Nous avons, au Canada, plusieurs sources d'eau minérale, qui possèdent une valeur thérapeutique indiscutable ; ces sources sont localisées un peu partout dans la Puissance, mais elles diffèrent matériellement au point de vue de la température et de la composition. Les Spas canadiennes les plus connues sont les sources de Calédonia, de St-Léon et de Plantagenet, ainsi que les sources de Banff, dans l'Alberta. Dans la province de Québec, les autres sources sont celles d'Abénaquis et de Caxton. Il existe, à part ces sources, trois ou quatre puits ou sources artésiens. De ces derniers, les principaux sont le puits Laurentien, situé dans la partie est de cette ville (une eau alcaline légère, dont le principal composé est le bicarbonate de soude), et le puits Radnor, puits qui jouit d'une certaine réputation ; il est situé dans le comté de Champlain. On le découvrit il y a quelques années, en perforant le sol pour trouver l'eau nécessaire à l'approvisionnement des personnes qui travaillent aux forges bien connues de Radnor. On a comparé cette eau à l'eau de Seltz allemande, dont elle a bon nombre des propriétés. Elle promet de devenir, avec le temps, la rivale de la célèbre eau Apollinaris, et quelques-uns la préfèrent à cette dernière. Le puits a plus de 400 pieds de profondeur. Dans la province d'Ontario, les sources principales sont celles de Winchester, et de Preston, et celle de le ville de Ste-Catherine, près des chutes de Niagara. Les sources les mieux connues et les plus populaires, sont celles de Calédonia, situées sur la ligne du Pacifique Canadien, à peu près à mi-chemin entre Montréal et Ottawa, et à 9 milles de la rivière de ce nom. Il y a quatre sources : la gazeuse, la saline, la sulfureuse blanche et l'intermittente, ou source de Duncan. Les trois premières sont à une distance de trois à quatre verges l'une de l'autre, et les ouvertures des deux dernières sont séparées par seulement quatre pieds de distance. La source intermittente est à quatre milles des autres ; on l'appelle ainsi, parce que la sortie du gaz n'est pas régulière, quelques minutes séparant les périodes d'agitation et de repos. La température moyenne de ces sources est d'environ 46°

F. La source intermittente offre le plus grand pourcentage de chlorure de soude, et diffère des autres par la quantité plus considérable de chlorure de chaux et de magnésie qu'elle renferme. On a constaté que les eaux de ces sources, prises d'une manière judicieuse d'après des conseils éclairés, ont un effet remarquable sur le rhumatisme aigu et chronique. On voit des rhumatisants de toutes les parties du continent, et même de l'Amérique du Sud, accourir à Calédonia, surtout pendant les mois de juillet et d'août. Les états goutteux, qui dépendent d'un dérangement du foie, disparaissent promptement sous l'effet de ces eaux. Les eaux de St-Léon et de Plantagenet sont identiques, sous plus d'un rapport, à celles que nous venons de décrire, et sont bénéficiables en général à la même classe de patients.

" Toutes les sources que nous venons de mentionner fournissent des eaux froides. Mais le Canada possède aussi les eaux thermales les plus fameuses du continent.

" Banff, qui est maintenant une ville pittoresque splendidement située au cœur des montagnes Rocheuses, mais cependant dans les limites de l'Alberta, division des Territoires du Nord-Ouest, est devenue l'une de nos places de santé les mieux cotées, bien qu'on la fréquente plus pour ses eaux thermales remarquables que pour son climat avantageux. La ville est bâtie sur les bord des rivières Bow et Spray, deux larges rivières de glaciers, et entourée de montagnes qui s'élèvent à plusieurs mille pieds au-dessus du niveau de la mer. L'hiver est court; il commence en décembre, finit en février, et est beaucoup plus doux que dans Ontario. Il pleut très peu; les jours sont d'ordinaire clairs et sans nuage. Il existe, durant l'hiver, de longues périodes de temps chaud. La température est variable en mars et avril, chaude et claire en mai; c'est pendant le mois de juin qu'il pleut le plus; juillet, août, septembre et octobre sont très chauds et très secs, avec des nuits fraîches. En toutes saisons, excepté peut-être en juin, l'air est sec et notablement aseptique. On a affirmée d'une manière positive, qu'on n'a jamais connu un cas de malaria ou de tuberculose ayant originé à Banff. Indépendamment des sources, Banff est de beaucoup recommandable au point de vue de son climat.

" Les sources thermales renommées de Banff furent découvertes il y a 15 ans pendant les travaux de construction du chemin de fer Pacifique Canadien. A la source, dans la montagne, la température est de 127° F. et l'air est chargé sur une certaine distance des vapeurs qui s'échappent du réservoir où l'eau se déverse. L'analyse la plus récente a fait voir que l'eau contient :

Sulfate de calcium	56.85
Sulfate de magnésie	12.39
Carbonate de calcium	3.29
Sulfate de soude	15.60
Carbonate de soude	35.73
Silice	traces.
Matières organiques	traces.

" On a employé avec grand profit les eaux de Banff dans le rhumatisme, la goutte, la sciatique, les affections glandulaires, certaines formes de maladies cutanées, et surtout, croit-on, dans les affections tuberculeuses de la peau et des muqueuses. On a constaté aussi que les eaux, aidées par l'admirable climat ont une action bénéficiante remarquable sur les maladies fonctionnelles du foie, de l'estomac, des reins, et les affections articulaires tuberculeuses. On remarque que, chez les gens dont la constitution est débilitée par quelque cause que ce soit, l'activité de la peau est augmentée, le cœur et le système vasculaire sont renforcis, les muscles et le système nerveux tonifiés. Les enfants délicats et rachitiques se trouvent bien des eaux thermales. Ces indications paraîtront peut-être exagérées; mais les effets thérapeutiques de ces sources

ont été étudiés avec soin par des médecins compétents qui ont demeuré aux sources pendant quelques années. Le climat, sans aucun doute, aide matériellement à l'action des eaux dans un grand nombre des cas.

"Je doute que la profession canadienne estime suffisamment la valeur thérapeutique de nos propres sources d'eau minérale. Lorsqu'on visite les Spas d'Angleterre et d'Europe, on est impressionné par l'attention qu'apportent les patients dans l'usage des eaux qui ont été prescrites. Là, on trouve toujours des médecins compétents locaux pour donner le conseil voulu sur l'eau à prendre pour la maladie dont le malade souffre, et sur l'emploi judicieux des bains. Malheureusement ici, dans un grand nombre d'endroits, aucun conseil professionnel n'est à la disposition du public, et en conséquence le malade agit à peu près comme il l'entend, ou comme le conseille le propriétaire de l'hôtel, et par suite il arrive que l'usage des eaux produit plus de mal que de bien."

Le Dr. Roddick passe ensuite en revue l'organisation de l'enseignement médical au Canada et termine son discours en faisant des vœux pour que la licence du médecin canadien vienne à être reconnue non seulement dans tout le Canada, mais encore dans tout l'Empire Britannique.

LA MÉDECINE ANGLAISE DANS LA NOUVELLE ANGLETERRE. (1)

par **WILLIAM OSLER**

Professeur de médecine à l'Université John Hopkins, Baltimore.

(*Traduction*)

Le professeur Osler analyse d'abord l'influence exercée par les sciences et les arts de l'ancienne Grèce sur le développement des connaissances humaines, et plus spécialement sur le progrès de l'ancienne médecine en Angleterre. Il cite Linacre, Sydenham et Harvey comme les trois types anglais du médecin lettré, du médecin praticien et du médecin savant, faisant voir combien ces trois qualités sont utiles et se complètent mutuellement pour perfectionner l'homme de profession. Puis il passe au sujet principal de son discours.

L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE EN AMÉRIQUE.

"Nous devons reconnaître trois périodes correspondant à trois époques distinctes d'influence diverse : la première s'étend depuis les débuts de l'immigration jusque vers 1820 ; la seconde depuis 1820 jusqu'à 1860 ; la troisième, depuis 1860 jusqu'à aujourd'hui.

AVANT 1820.

"Le peuplement des colonies est contemporain de la renaissance de la médecine en Angleterre. Il est possible que des condisciples d'Harvey aient fait voile sur le *Mayflower* ou *l'Arbella*. Les expéditions les mieux préparées

(1) Discours prononcé à la 65e réunion annuelle de l'Association Médicale Britannique, le mercredi 1er septembre 1897.

s'assuraient généralement des services d'un médecin d'expérience, et les premières annales, surtout celles des colonies de la Nouvelle Angleterre, renferment des allusions intéressantes à ces hommes d'étude. Un gradué de Cambridge, Giles Firman, qui s'établit à Boston en 1632, semble être le premier qui ait enseigné la médecine dans le nouveau monde. Les ministres de cette époque avaient souvent des connaissances superficielles de médecine et offraient un exemple de ce que Cotton Mather a appellé une " fusion angélique. " " Même depuis les jours de Luc, l'évangéliste, dit cet auteur, l'habileté en médecine a été exercée et mise en pratique par des personnes dont la principale affaire était l'étude de la théologie. " Firman lui-même, trouvant la médecine d'un maigre secours, entra dans les ordres. Ces médecins anglais des colonies de la Nouvelle Angleterre étaient des hommes instruits et capables. Dans *The Scarlet Letter* de Howthorne, Roger Chillingworth les décrit tout en traçant une esquisse de sa propre vie ! " Bâtis par des années sérieuses, studieuses, réfléchies et tranquilles, consacrées fidèlement à l'augmentation du savoir, à l'amélioration du bien-être humain ; pensifs pour les autres, oublieux d'eux-mêmes ; bons, justes, francs, constants sinon chaleureux dans leurs affections ; " voilà un tableau singulièrement vrai du vieux médecin colonial.

" Jusqu'à l'établissement des écoles de médecine,—Université de Pennsylvanie, 1763 ; Collège de King (depuis Columbia), 1767 ; et Harvard, 1782—les médecins des colonies vinrent de la Grande Bretagne ; à ces médecins s'adjoignirent des hommes instruits d'après le vieux système de l'apprentissage, et des colons qui allèrent à Edimbourg, à Leyden et à Londres chercher leur éducation médicale Ce dernier groupe contribua puissamment à établir la vie professionnelle de la période ante-révolutionnaire. Ces hommes avaient reçu non-seulement l'instruction, mais encore souvent l'amitié des grands médecins anglais et européens. Morgan, Rush, Shippen, Bard. Wistar, Hossack, d'autres encore, avaient reçu une instruction qui comprenait tout ce qu'il y avait de mieux à cette époque, et avaient en outre acquis cette culture qui donnent seuls les voyages et la connaissance du monde. Morgan, le fondateur de la faculté de médecine de l'Université de Pennsylvanie, fut sept années absent, et fut nommé, avant son retour, membre correspondant de l'Académie Française de Chirurgie et membre de la Société Royale. La guerre de l'Indépendance interrompit pour un temps l'exode des étudiants, mais non pas l'amitié qui existait entre Cullen, Fothergill et leurs anciens élèves en Amérique. La correspondance de ces deux chaleureux amis des colonies est un témoignage de la puissante intimité professionnelle qui existait à cette époque entre les principaux médecins des deux mondes. Mais ni Baerhave, ni Cullen et ni Fothergill n'ont imprimé leur cachet sur la médecine coloniale comme le fit le grand écossais John Hunter. De longs siècles vides séparent Harvey de Galien; il n'y a pas même un siècle entre la mort du grand physiologiste et la venue de l'homme, dont l'extraordinaire personnalité nous montre tous les traits distinctifs de la médecine moderne, et dont l'étendue de l'intelligence a eu peu d'égales, si elle en a eues, depuis Aristote. L'influence de Hunter, si profonde et si durable, sur la profession de ce continent, s'exerça de trois manières différentes. En premier lieu, sa carrière de chirurgien de l'armée, ses écrits sur des sujets intéressant plus particulièrement les médecins militaires, firent que ses œuvres et ses méthodes se propagèrent durant les longues campagnes des guerres de France et la guerre de l'Indépendance. Les œuvres de Hunter furent réimprimées en Amérique dès 1791 et 1793. En second lieu, Hunter eut un certain nombre d'étudiants coloniaux distingués, dont deux devinrent des professeurs de renom. William Shippen, le premier professeur d'anatomie de l'Université de Pennsylvanie, vécut avec Hunter sur les termes de l'intimité la plus grande. Il rapporta en Amérique sa méthode d'enseignement et jusqu'à un certain point son esprit. A l'exception de Hewson et de Home, Hunter n'eut pas d'élève plus distingué que Philip Syng Physick,

qui fut son chirurgien-interne à l'hôpital St-George, et son ami dévoué. Pendant au-delà d'une génération Physick n'eut pas d'égal en chirurgie en Amérique, et jouit d'une réputation qui ne fut égalée que par celle de Rush. Il enseigna dans la plus grande école du pays les méthodes huntériennes, et l'œuvre de son neveu (Dorsey) sur la chirurgie est dans une grande mesure du Hunter modifié par Physick. Mais le grand maître a exercé son influence sur la profession de ce continent d'une troisième et bien plus importante manière. Hunter était un naturaliste pour qui les processus pathologiques ne constituaient qu'une partie d'un tout immense gouverné par une loi, mais impossible à comprendre tant que les faits n'auraient pas été réunis, classifiés et raisonnés. Il conduisit de nouveau, par son exemple, son industrie prodigieuse et ses recherches suggestives, les hommes dans la voie déjà suivie par Aristote, Galien et Harvey. Il fit de tous les médecins penseurs des naturalistes ; il rendit de la dignité à l'étude de la vie organique, il rétablit une union étroite entre la médecine et les sciences naturelles. Il provoqua en Angleterre et dans la Nouvelle Angleterse la fondation de grandes collections et de musées, particulièrement ceux attachés aux écoles de médecine. Les musées Wistar-Horner et Warren sont l'œuvre d'hommes ayant subi l'influence de Hunter. Il fut de plus le père intellectuel de ce groupe intéressant d'hommes qui, de ce côté-ci de l'Atlantique, tout en pratiquant comme médecins, consacrèrent beaucoup de leur temps et de leur labeur à l'étude de l'histoire naturelle. Dans la dernière partie du siècle dernier, et durant les trente premières années de celui-ci, le praticien de renom était très souvent un naturaliste.

" Je voudrais que le temps me permit de rendre justice à la longue liste de ceux qui furent des naturalistes convaincus et apportèrent des contributions de grande valeur. Benjamin Smith Barton, David Hossack, Jacob Bigelow, Richard Harland, John D. Godman, Samuel George Morton, John Collins War ren, Samuel L. Mitchell, J. Aiken Meigs, et beaucoup d'autres, ont laissé des preuves de leur travail dans leurs œuvres, et dans les comptes-rendus des diverses sociétés et académies. Plusieurs de nos meilleurs médecins au Canada étaient des naturalistes, et certaines collections de cette ville (Montréal) témoignent du travail de Holmes et de McCullough. Je regrettais la disparition des humanités au début de ce discours, et maintenant je déplore la séparation presque complète de la médecine et de l'ancienne histoire naturelle.

" Jusque vers 1820, la profession anglaise de ce continent ne connaissait guère autre chose que la médecine anglaise. Aux Etats-Unis, après cette date, les liens d'union professionnelle avec les vieux pays se relâchèrent, et cela en partie à cause de l'augmentation du nombre des écoles nationales et en partie à cause du développement de la littérature américaine. En 1820, 114 livres de médecine locaux de toutes sortes étaient sortis des imprimeries, ainsi que 131 réimprimés et traductions, les premiers en langue anglaise, les derniers presque exclusivement en langue française (Billings). Pour ce qui regarde l'état de la profession au Canada durant cette période, je regrette de ne pas être en état de parler d'une foule de questions intéressantes concernant les colonies françaises. Je puis dire, cependant, que des médecins traversèrent avec les premiers colons, et parmi les jésuites, dans leurs missions de dévouement, on conserve le souvenir de *donnés* (laïques attachés à l'ordre) qui étaient médecins. L'un d'eux, René Goupil, souffrit le martyre aux mains des Iroquois. (1)

" Depuis la reddition de Québec, en 1759, jusqu'en 1820, la population anglaise s'était augmentée par la colonisation du Haut-Canada, surtout par des loyalistes de l'Empire Uni venus des Etats-Unis, et, après la guerre de 1812, par des colons des vieux pays. Les médecins de ces régions peu peuplées étaient, ou bien des jeunes gens cherchant fortune dans la nouvelle colonie, ou bien des chirurgiens militaires restés au pays après la guerre de la Révolution et celle de 1812. L'élément militaire donna pendant quelques années un cachet particulier

(1) Parkman : Jesuits in North America.

à la profession. Ces chirurgiens étaient des hommes énergiques et habiles, ayant vu du service et accoutumés à l'ordre, la discipline et les règlements. Sabine, dans son *Histoire des loyalistes*, fait allusion aux tendences *tory* des médecins, et dit qu'ils furent moins inquiétés que les avocats et les membres du clergé. Cependant, un bon nombre d'entre eux quittèrent leurs foyers "pour satisfaire leur conscience;" et Carniff, dans *l'Histoire de la profession dans le Haut-Canada*, donne une liste de ceux que l'on savait être loyalistes de l'Empire Uni. Le caractère de ceux qui contrôlaient la profession de la nouvelle colonie se fait voir dans les comptes rendus du Bureau Médical, organisé en 1819. Les principaux membres étaient deux chirurgiens militaires, les Drs Macaulay et Widmer. Ce dernier, qu'on a appelé justement le père de la profession médicale dans le Haut-Canada, homme d'un caractère très élevé, fit plus qu'aucun autre pour promouvoir le progrès de la profession, et ses efforts durant sa longue carrière furent toujours dirigés dans la bonne voie. On est impressionné, en parcourant l'ouvrage très intéressant de Canniff, par la haute valeur et le courage des anciens chirurgiens militaires, qui, dans ces temps là, formaient la plus grande partie de la profession. Les minutes du Bureau Médical indiquent avec quelle discipline militaire les candidats étaient examinés, et il est probable que le pourcentage des refus n'a jamais, dans l'histoire de la province, été aussi élevé qu'il le fut pendant les vingt premières années d'existence du Bureau.

1820—1860.

"Portant maintenant notre attention sur la seconde période, nous ferons remarquer en passant que le dix-neuvième siècle ne s'ouvrit pas sous d'heureux auspices pour la médecine anglaise. Hunter n'avait pas laissé de successeur, et quelque puissante que fût son influence, elle était trop faible pour enrayer le courant de spéculation abstraite dont Cullen, Brown et d'autres inondaient la profession. Il n'y a pas d'époque plus stérile que les premières décades de ce siècle. Willan, expert des maladies de la peau, et quelques autres la sauvent seuls d'un oubli complet. Les méthodes d'Hippocrate, de Sydenham et de Hunter n'avaient pas encore été rendues applicables au travail de tous les jours Le réveil se fit sentir en France, et quel réveil! On ne peut le comparer à rien autre qu'à la renaissance des seizième et dix-septième siècles, qui nous donna Vesale et Harvey. Le "citoyen" Bichat et Broussais ouvrent la route, mais c'est Laënnec qui créa réellement la médecine clinique, telle que nous la connaissons aujourd'hui. La découverte de l'auscultation ne fut qu'un accident—d'une très grande importance, il est vrai,—dans une étude systématique des corrélations qui existent entre les symptômes et les altérations anatomiques. Louis, Andral et Chomel ajoutent à la réputation de l'école française, qui est maintenue dans toute sa gloire jusqu'à la sixième décade, alors que le brillant Trousseau termine une longue liste de maîtres parisiens dont l'auditoire se recrutait dans le monde entier.

"La renaissance de la médecine, en Angleterre, est due directement aux Français. Bright et Addison, Graves et Stokes, Forbes et Marshall Hall, Latham et Bennett furent influencés profondément par le mouvement nouveau. Aux États-Unis, l'influence anglaise ne s'affaiblit qu'après 1820. Des traductions des œuvres de Bichat paraissent dès 1802, et sont ré-imprimées les années suivantes, mais ce ne fut qu'en 1823 que fut publiée la première traduction de Laënnec — ré-imprimée de l'édition de Forbes. Les traductions des œuvres de Broussais devinrent très populaires après 1830, et dès lors l'orientation nouvelle de l'allégeance devient très évidente dans les mémoires de médecine. Mais les hommes, plus encore que les livres, changèrent le cours des idées professionnelles.

"Après 1825, les étudiants américains n'allèrent plus à Edimbourg, ou à Londres, mais à Paris, et l'on peut dire que, de 1830 à 1860, tout professeur ou écrivain de renom a passé sous le joug gaulois. La traduction des œuvres de Louis, et le succès extraordinaire de ses élèves américains — une réunion des plus

habiles jeunes gens que le pays ait jamais vus — donnèrent une force nouvelle au mouvement. Et cependant c'était une époque où la littérature médicale américaine était faite surtout du pillage des livres anglais, et les Systèmes, Encyclopédies et Collections, qui ne sont, pour la plus grande partie, que des ré-impressions, témoignent du zèle des éditeurs. Stokes, Graves, Watson, Todd, Bennett et Williams, fournissent de la houillie anglaise aux nourrissons, aussi bien que de la chair nutritive aux grandes personnes. En dépit de la forte influence française, les livres classiques scolaires sont presque exclusivement anglais.

" Au Canada, la période de 1820 à 1860 vit l'établissement des universités et écoles de médecine anglaises. A Montréal, les facteurs furent entièrement écossais. La faculté de médecine de McGill fut organisée par des écossais, et a suivi de près, depuis ses débuts, les méthodes d'Edimbourg. L'influence française, moins personnelle, s'exerce surtout par l'intermédiaire des Anglais, et des Ecossais. Les facultés du Haut-Canada sont organisées par des gens ayant des relations anglaises, et les traditions des hôpitaux de Guy, de St-Barthélémi, de St-Thomas, de St-Georges et de Londres, plutôt que celles d'Edimbourg, ont prévalu à Toronto et à Kingston.

" L'influence locale française, sur la médecine anglaise au Canada, a été très légère. Dans les premières décades du siècle, lorsque les villes étaient plus petites, et les relations, entre Anglais et Français, en quelque sorte plus étroites, l'influence réciproque était plus marquée. A cette période, les méthodes anglaises devinrent quelque peu en vogue, parmi les Français; plusieurs Canadiens-français éminents étaient diplômés d'Edimbourg. On essaya, dans les journaux médicaux, d'avoir des communications dans les deux langues, mais la fusion des deux camps de la profession n'était pas plus possible que celle des deux nationalités, et la marche du progrès a suivi des sentiers différents.

1860—1897.

" La troisième période date de vers 1860, alors que l'influence de la médecine allemande commence à se faire sentir. La naissance de l'école de Vienne fut, pendant longtemps, le seul résultat visible, en Allemagne, de la renaissance française. Skoda, le Laënnec allemand, et Rokitansky, le Morgagni allemand, influencent l'idée anglaise et américaine de 1840 à 1860, mais ce ne fut qu'après cette dernière date que la médecine allemande commença à faire sentir son pouvoir vivifiant, grâce surtout à l'énergie de Virchow. Après la traduction de la *Pathologie cellulaire* de Virchow, par Chance (1860), la route fut largement ouverte à tout jeune étudiant en quête d'inspiration. Il y avait eu de grands hommes à Berlin, avant Virchow, mais il fit, de la ville de la Sprée, une Mecque pour les croyants de tous pays. C'est de cette époque que nous pouvons faire dater le début de l'influence allemande sur la profession de ce continent. Elle vint en partie de l'étude de l'histologie pathologique, sous l'impulsion donnée par Virchow, en partie du développement des spécialités, particulièrement celles des maladies des yeux, de la peau et du larynx. Les cours singulièrement attractifs d'Hébra, l'organisation sur une large échelle, à Vienne, d'un système d'enseignement gradué, tracé spécialement pour les étrangers, le développement remarquable des laboratoires allemands, tout se réunit pour détourner de France le courant des étudiants américains. Le changement d'allégeance était un tribut mérité rendu à l'organisation splendide des universités allemandes, au zèle et à l'énergie infatigables de leurs professeurs, ainsi qu'à leur dévouement individuel envers la science pour elle-même."

Le professeur fait ensuite une étude rapide de la médecine en Australie et dans l'Hindoustan, et termine son discours en prévoyant pour la médecine un avenir des plus brillants, et en conseillant à tous de garder fidèlement les meilleures traditions de nos prédécesseurs, imitant " Linacre, Harvey et Sydenham, ces anciennes sources de l'inspiration, ces modèles de tous les âges, en littérature, en science et en pratique."

L'ANCIEN CHIRURGIEN PENDANT LA GUERRE. (1)

Par **W. Mitchell Banks,**

Chirurgien de l'Infirmerie Royale de Liverpool et professeur d'anatomie au College Universitaire de cette ville.

(*Traduction*)

Après avoir établi que les légions romaines avaient leurs médecins, dont l'épitaphe de quelques-uns a été retrouvée en Angleterre, et après avoir affirmé que les médecins d'autrefois, qui se sont dévoués au soin des malades et des blessés durant la guerre, n'ont pas reçu la récompense à laquelle ils avaient droit, l'auteur donne les biographies d'Ambroise Paré, (1517-1590), de Robert Clowes (1540-1604), de Peter Lowe (1550-1620), de Richard Wiseman (1620-1676) et de Larrey (1776-1842).

AMBROISE PARÉ.

" Des centaines d'années s'écoulèrent avant qu'aucun chirurgien militaire de renom ne parut sur la scène, mais lorsqu'il apparut ce fut avec un homme au mérite transcendant, l'illustre Ambroise Paré. Pendant soixante-treize années, de 1517 à 1590, il vécut une vie longue et continuellement active, le contemporain de Vésale, le prédécesseur immédiat de Harvey. C'est à peine si nous avons le temps de passsr en revue la vie militaire du chirurgien Paré. Il suivit pendant plus de trente ans les guerres de quatre rois de France — Henri II, François II, Charles IX et Henri III, — n'habitant, dans l'intervalle, que quelques années à Paris. Perpignan, Metz, Verdun, Rheims, Hesdin, (où il fut fait prisonnier et dût écrire à sa femme pour recevoir sa rançon), St-Quentin, La Fère, Amiens, la prise de Rouen, Dreux, Moncontour, voilà quelques unes des batailles sanglantes et des sièges où il fut présent. Son humanité, son amour de sa profession, son indépendance de caractère, son esprit jovial et franc le firent passer au travers sain et sauf, et attirèrent au fils du pauvre charpentier de campagne la chaude amitié des plus grands et plus nobles guerriers de France. Charles IX même, ce misérable monstre, aimait le chirurgien huguenot, et quand vint le jour affreux de la St-Barthélemy, Paré fut épargné afin de donner ses soins à son misérable maître durant la courte période de vie agonisante et de remords qui lui fut laissée. La description que donne Dumas, dans son roman les *Deux Dianes*, de la blessure de ce fameux guerrier, le duc de Guise, lorsque la lance, entrée au-dessus de l'œil droit, sortait entre la nuque et l'oreille gauche, se brisant court, et que Paré l'arracha de force, risquant, en agissant ainsi, qu'un flot terrible de sang ne mît fin à la vie de son illustre patient en même temps qu'à sa propre carrière, toute cette description est de l'histoire véridique.

" Parmi l'œuvre admirable, à la fois anatomique et chirurgicale, de Paré, l'application du principe de la ligature des artères saignantes est certainement la partie à laquelle son nom restera attaché. Il est impossible de s'imaginer les horreurs qui, dans ces temps de miséricorde, attendaient le pauvre patient, aussitôt que son membre était amputé, et que l'on commençait à faire l'hémostase. Figurez-vous le moignon, tout vif et extraordinairement sensible, soumis à la cautérisation du fer rouge ou plongé dans la poix bouillante ! Paré remplaça ce

(1) Discours prononcé à la 65e réunion de l'Association Medicale Britannique le jeudi 2 septembre 1897.

traitement horrible par la ligature qui, de nos jours, faite avec du tissu animal aseptique que l'organisme absorbe lentement, a pratiquement atteint le maximum de perfection. On croyait aussi, de son temps, que le danger des blessures par armes à feu venait du poison de la poudre apportée par la balle. Et pour détruire ce poison on versait dans la plaie de l'huile bouillante dans laquelle on avait infusé de l'écorce de sureau. Un jour qu'il n'avait pas cette décoction infernale sous la main, Paré appliqua à ses blessés un mélange froid de blanc d'œuf, d'huile de roses et de térébenthine, Il passa une nuit sans sommeil dans la crainte que ce traitement ne fit dommage à ceux chez qui il l'avait appliqué, et le lendemain sa joie fut grande en proportion quand il constata chez ses blessés très peu de douleur, tandis que les blessures étaient exemptes d'inflammation et d'enflure. Ce fut par la suite sa panacée contre les blessures. On rencontre sans doute des personnes qui veulent prétendre que Paré ne fut pas l'initiateur de la ligature. Voici ce qu'il en dit lui-même : " Croyez que je l'ai exécutée d'après la suggession d'un bon ange, car je ne l'ai apprise ni de mes maîtres ni d'aucun autre homme. Et je désire que tous les chirurgiens fassent de même. Car ce n'est pas dans notre art comme dans les affaires civiles, où les règlements, la loi et l'autorité doivent prévaloir sur la droite raison. " Ces ergoteurs n'ont sans doute pas entendu le proverbe qui dit qu'il n'y a rien de neuf sous le soleil. Mais le monde, malgré eux, croira toujours dans l'immortel trio : — Paré, le Français qui inventa la ligature ; Morton, l'Américain qui découvrit l'anesthésie ; et Lister, l'Anglais qui introduisit les antiseptiques. Paré, le pauvre barbier-chirurgien d'autrefois, mourut dans la plénitude de l'âge, influent et entouré d'amis, conseiller d'état et chirurgien en chef du roi. Un dernier trait fera connaître le sentiment qui emplit et dirigea tout son travail. Un jour, après le traitement heureux d'un officier blessé, il fit cette remarque sage et pieuse qu'il prit ensuite pour devise : " *Je le pansay ; Dieu le guarist.* "

RICHARD WISEMAN.

" Je souhaiterais avoir le temps de vous faire un récit convenable de la vie aventureuse de Richard Wiseman, que l'on a appelé, non sans quelque raison, le père de la chirurgie anglaise. Né en 1620, mort en 1676, il vécut du temps de Charles I, de la République, et de Charles II. C'était d'abord un chirurgien de marine, qui servit, dans les premières années de sa vie, dans la marine hollandaise. Mais, comme il était un fervent royaliste, il suivit l'armée de Charles I, puis, après la mort de ce roi, émigra en France avec son fils. Il assista à la bataille de Worcester, où il fut fait prisonnier, puis il fut gardé pendant quelque temps à Lambeth House. Il fut naturellement considéré comme suspect durant la république, et dût même s'enroler pour trois ans dans la marine espagnole. Après la restauration, le roi n'oublia pas son vieux chirurgien, qui avait tant fait pour lui et tellement souffert à son service, et le nomma son chirurgien ordinaire, puis chirurgien-sergent. Son premier livre, publié en 1672, est petit, et porte comme titre *Traité des blessures*, mais il devint par la suite un fort volume.

" Rien ne révèle un homme comme ses propres paroles, et je ne puis mieux faire, pour vous donner une idée de ces vieilles gens de mérite, que de les laisser eux-mêmes conter leur histoire. Wiseman croit à la nécessité de donner des stimulants à une personne qui à l'habitude d'en prendre, quand cette personne se trouve dans une impasse difficile. Après avoir décrit l'état grave d'un patient, " il me parut, dit-il, que cet homme tombait en défaillance, et il se plaignit, disant qu'il ne pouvait vivre sans vin. J'exauçai son désir ; il but de nouveau comme il lui plut, sa maladie s'en alla, sa plaie se nettoya, et il guérit. J'ai vu souvent la même chose en mer, chez nos gens de Dunkerque, qui boivent extraordinairement, et sont remplis de boisson durant nos combats navals. Je pouvais à peine les guérir sans leur prescrire du vin, ce qui soutenait leur mo-

ral et me permettait de les saigner comme je l'entendais." On voit que l'origine du vieux dicton populaire, sur le courage hollandais, est bien différente de celle que l'on pensait. Mais si les malheureux Bataves étaient susceptibles d'être saignés à la fois par la lance de l'ennemi et la lancette du chirurgien, on n'a pas lieu de s'étonner qu'ils aient eu l'habitude de prendre quelque chose pour soutenir leur moral.

" Lorsqu'il parle des blessures par armes à feu, Wiseman insiste pour que l'on recherche la balle, et qu'on l'extraie immédiatement. " Il faut, au premier pansement, avec toute la diligence possible, nettoyer la partie de tous les corps étrangers qui ont pu y pénétrer violemment, pendant que le patient était dans l'échauffement de la bataille, et lorsque la plaie était encore fraîche et très peu altérée par l'air et les accidents, afin que l'extraction soit suivie de moins de douleur. A l'*Armada Naval de Dunquerque*, où nous, chirurgiens, étions souvent appelés à appliquer ce genre de traitement, nous visitions réciproquement après chaque combat nos blessés. Nous considérions, entre nous, une grande honte s'il restait encore de l'extraction à faire. Car c'était là la cause de la mort de plus d'un brave soldat ; chaque bataille nous en donnait des exemples, au discrédit de notre profession." Voilà de la bonne chirurgie et du parler franc. J'ai l'idée que ce devait être un beau spectacle de voir ces vieux chirurgiens rudes, avec leur savoir limité, et leurs moyens de traitement insuffisants, aller et venir pour visiter leurs patients réciproques et apprendre la meilleure manière de réparer leurs erreurs.

" Wiseman a tout un chapitre sur un cas important de fracture causée par un éclat de bois Le bras du patient était fort endommagé jusqu'au coude, et aurait dû être amputé ; mais le cri soudain de " Au feu " empêcha l'opération. " J'appliquai à la hâte un pansement sur la blessure et l'enroulai, faisant soutenir au malade son bras de l'autre main, et j'essayai de remonter sur le pont, comme le faisait les autres, croyant en toute vérité que je ne panserais plus ni lui, ni d'autres. Mais nos hommes nous éloignèrent bravement du brûlot en coupant le palan avec leur hachette (qu'ils portaient, durant le combat, dans leur ceinture) ; nous fûmes délivrés du feu, et, en hissant nos huniers, nous nous sauvâmes de notre ennemi. Maintenant, je ne savais trop que faire de mon homme, qui gisait non loin de là, se plaignant de son membre. Je l'aurais bien coupé sur l'heure avec un razoir (l'os étant broyé, il n'y avait pas besoin de scie) ; mais cet homme ne voulut pas que je touche à son bras, disant que je l'avais déja pansé. La bataille finie, nous gagnâmes le prochain port ; je fis alors monter le lit des mariniers (qui consistait en quatre pièces de bois clouées et liées ensemble, avec une peau d'ours étendue dessus) et le fit fixer entre deux supports de canon. " Wiseman s'appliqua alors à sauver le bras de l'infortuné marin ; mais "lorsque ce fut mon tour de recevoir la visite de mes confrères chirurgiens de l'escadre, l'état de la plaie et la manière dont je l'avais pansée ne leur déplurent pas (car, étant habitués à voir les patients des uns et des autres, nous avions à peu près la même méthode de pansement) ; mais l'excuse que je donnai pour ne pas amputer le bras les fit rire, et ils pensèrent bien que je serais encore obligé de le faire. Mais au bout de deux mois, il y avait chez le patient un fort calus, emplissant la partie de l'os qui manquait sur une longueur d'au moins deux pouces, avec peu ou pas de raccourcissement du bras. " Bravo, Wiseman !

LE BARON LARREY

" En 1776, près des Pyrénées, naquit Jean Dominique Larrey, le chirurgien en chef de la grande armée, l'ami et le chirurgien de Napoléon, le plus grand chirurgien militaire qui ait vécu. Il fit ses études à l'école de médecine de Toulouse, et rejoignit, en 1792, sur le Rhin, les quartiers généraux de l'armée républicaine commandée par Custine. Maintenant, les ambulances d'alors étaient obligées de se tenir à une lieue de distance de l'armée, et l'on ne ramassait

les blessés qu'une fois la bataille finie. Le général Custine déplaçait ses troupes très rapidement, ce qui rendait les choses encore pires pour les blessés. Ceci affligeait profondément Larrey, qui se mit à l'œuvre et inventa une nouvelle voiture d'ambulance suspendue sur des ressorts, et unissant une grande résistance à un poids léger. On appella ces voitures *ambulances volantes*. Elles pouvaientsuivre l'avant-garde de l'arméeavec la vitesse de l'artillerie de campagne, et elles enlevaient les blessés presque aussitôt qu'ils tombaient. Larrey s'était dès l'abord aperçu de l'avantage énorme qu'il y avait pour un blessé à ce que sa fracture fut remise et son hémorrhagie arrêtée aussi rapidement que possible, et à ce qu'il eut un toit au dessus de lui lorsque la nuit s'établissait. Le général Beauharnais, dans une dépêche à la Convention, fit une mention spéciale du " chirurgien-major Larrey et de ses camarades des ambulances volantes, dont le dévouement infatigable au soin des blessés a diminué ces résultats, affligeants pour l'humanité, qui sont généralement inséparables des jours de victoire, et a servi la cause même de l'humanité en sauvant de braves défenseurs de notre pays. " Le personnel d'une ambulance volante se montait à 340 personnes. On comptait pour chaque division quatre voitures pesantes et douze légères. Les unes avaient deux et les autres quatre roues, et elles étaient pourvues de matelas. Durant les campagnes de Napoléon en Italie, elles prirent rapidement une place importante, et le grand homme leur porta un vif intérêt, les passant en revue et les faisant manœuvrer devant lui comme si elles eussent été sur un champ de bataille. Il dit à Larrey, après l'une de ces inspections : " Votre ouvrage est une des plus heureuses conceptions de notre âge. Il suffira à votre réputation. "

" Quand Napoléon entreprit sa campagne d'Egypte, Larrey se rendit à Toulon pour organiser le corps des médecins La profession répondit avec tant d'ensemble à son appel qu'il put bientôt compter sur 800 chirurgiens bien qualifiés, dont un bon nombre avaient servi dans l'armée d'Italie, et sans compter les médecins officiers attachés à chaque régiment. Ceci fait voir, je crois, l'importance que le roi des capitaines attachait à la santé de ses troupes, ainsi que le trouble et la dépense qu'il était prêt à encourir, pour la préserver, — ce qui fait contraste avec la manière insuffisante de s'occuper de la question dont nos chefs militaires ont trop longtemps eu l'habitude. Peu après la descente à Alexandrie, un certain général Fignières fut gravement blessé. Il guérit grâce à un bon traitement, et demanda à Napoléon de vouloir bien accepter, comme témoignage de gratitude pour le salut de sa vie, un magnifique sabre damasquiné ! " Oui, dit Napoléon, je l'accepte afin d'en faire présent au chirurgien en chef, aux soins duquel vous devez la vie sauve. " Les noms d'Aboukir et de Larrey étaient gravés sur le sabre, et le chirurgien le garda jusqu'à la fatale journée de Waterloo, alors que les Prussiens le lui volèrent. Quelques mois après l'occupation de l'Egypte, une terrible révolte des Turcs fanatiques éclata au Caire. Ne pensant qu'à atteindre des Français pour les assassiner, ils attaquèrent l'hôpital, qui était rempli de soldats malades et blessés, mais les médecins défendirent vaillamment leurs patients, et deux chirurgiens de l'état-major, Roussel et Monjin, furent tués, tandis que Larrey faillit subir le même sort.

" A une certaine période il y eut une véritable disette de viande, et Larrey n'avait pas même de quoi faire une goutte de bouillon pour ses malades. Il donna l'ordre d'employer dans ce but la viande de chameau, et quand il n'en eut plus, d'employer celle des chevaux. Des années après durant la seconde campagne contre l'Autriche, la garde impériale et plusieurs autres corps se trouvaient entassés sur l'île de Lobau, au milieu du Danube, que Napoléon essayait de traverser. Les journées étaient brûlantes, les nuits glacées, et les provisions se firent si rares que les patients de Larrey furent en danger de mourir de faim. Sans plus de cérémonie, il fit mettre en fourrière les chevaux de certains officiers, les fit abattre et les employa comme aliments. Comme on

manquait de chaudières, il prit les cuirasses de ceux qui avaient été tués, et s'en servit pour faire sa soupe de viande de cheval. Des généraux se plaignirent amèrement de la façon d'agir de Larrey à l'empereur, qui fit venir le chirurgien en chef et, en présence de son état-major, lui demanda d'un air sévère de s'expliquer. " Comment, dit-il, vous avez, de votre propre autorité, disposé des chevaux des officiers pour donner de la soupe à vos blessés ! " " Oui, " répondit Larrey. Il n'ajouta rien de plus, mais il apprit peu après sa nomination au grade de baron de l'empire.

" L'une des retraites les plus étonnantes, après celle de Moscou, c'est la retraite de Napoléon des murailles invincibles de St-Jean d'Acre à Jaffa. Il n'y a aucun doute qu'à ce dernier endroit un nombre considérable de malades atteints de la peste furent soustraits sans bruit à leurs misères par l'opium. Alison dit 60 ; Sir Robert Wilson dit 580. Il fallait continuer la retraite, les Turcs n'étaient qu'à une heure de marche en arrière, rien autre chose qu'une mort cruelle attendait ces infortunés, de sorte que le fait de savoir si cette action était justifiable ou non peut fort bien se discuter. Mais, comme le dit Alison : " L'histoire devra enregistrer avec admiration la réponse du chef français du corps des médecins, lorsque Napoléon lui eut fait la proposition : " Ma vocation est de prolonger la vie, et non pas de l'éteindre. "

" Dans ces-temps là les moyens de transport étaient si inférieurs, et la nécessité d'enlever les membres irrémédiablement blessés aussitôt que possible après l'accident si impérieuse, que l'on faisait les amputations sur le champ de bataille même, quand le combat était dans toute sa force, et sous une pluie de balles. Durant la bataille amenée par la descente des Anglais dans la baie d'Aboukir, le général Silly eut le genou fracassé par une balle. Larrey vit que, à moins d'amputer promptement la jambe, la blessure serait fatale, et le général ayant donné son consentement, l'opération fut faite dans l'espace de trois minutes sous le feu de l'ennemi. Juste à ce moment la cavalerie anglaise arriva sur eux. " J'eus à peine le temps, dit Larrey, de charger l'officier blessé sur mes épaules et de l'emporter rapidement vers notre armée, qui était en pleine retraite ; j'aperçus une suite de fossés, dont quelques-uns étaient bordés de touffes de capriers, qui je traversai, pendant que l'ennemi, à cause du terrain ainsi coupé, était obligé de faire un détour. J'eus ainsi le bonheur de rejoindre l'arrière-garde de notre armée avant ce corps de dragons. A la fin, j'atteignis Alexandrie avec cet honorable officier blessé, et j'y complétai sa cure. " Nous devons tous admettre que ceux-là étaient une paire de héros.

" Comme on peut se l'imaginer, l'affreuse retraite de Moscou fit appel à toutes les ressources de Larrey, et l'on pourrait raconter plus d'une histoire intéressante sur ses efforts. Pensez à l'épouvantable bataille de la Borodino, où l'on fit, sous la direction personnelle de Larrey, 200 amputations, alors qu'on n'avait ni couches, ni couvertures, ni abri d'aucune sorte, alors que la nourriture se composait de viande de cheval, de racines de choux et de quelques pommes de terre ; pensez au froid, si intense que les instruments nécessaires à l opération glissaient trop souvent des mains impuissantes des chirurgiens ; pensez aux sauvages Cosaques, rôdant tout le temps aux alentours, guettant l'occasion de tuer le chirurgien et le blessé aussi bien que le combattant. Puis ce fut le passage de la Bérésina. Prenons un incident. Parmi les blessés se trouvait le général Zayouchek, âgé de plus de 60 ans. Son genou était écrasé, et il était impossible de lui sauver la vie sans amputation. On la fit sous le feu de l'ennemi, et au milieu d'une neige épaisse qui tombait, sans autre abri qu'une tunique que deux officiers tinrent au-dessus de lui pendant qu'on l'opérait ; mais les chirurgiens firent leur œuvre avec tant de sang froid et de dextérité que le vieux général survécut ; il mourut, quatorze ans plus tard, vice-roi de Pologne. Larrey réussit à traverser la Bérésina avec la garde impériale, mais découvrit que les approvisionnements des malades et des blessés avaient été laissés de l'autre côté. Il repassa immédiatement la rivière, mais pour tomber au milieu

d'une foule en furie qui luttait pour se frayer un passage. Il était sur le point de se faire écraser à mort quand heureusement les soldats le reconnurent. A peine l'eurent-ils fait qu'il lui firent traverser la rivière dans leurs bras, en criant " Sauvons celui qui nous sauve !" oubliant leur propre sécurité dans leur désir de préserver l'homme dont ils avaient connu si souvent la bonté compatissante.

" Suivant son maître adoré à travers la victoire et la défaite, Larrey, enfin, se vit une nuit, seul sur le champ de Waterloo, avec quelques officiers médecins et les blessés épars gémissant autour de lui. Un escadron de lanciers prussiens arriva sur eux. Ne s'attendant à aucun quartier, il déchargea ses pistolets et partit au galop. Les lanciers abattirent son cheval et le criblèrent de coups de sabre pendant qu'il gisait à terre. Puis ils s'en allèrent, le croyant mort. Mais il reprit ses sens et chercha à se traîner en France par des chemins détournés. Il fut saisi de nouveau par un détachement de cavalerie prussienne. Les soldats lui enlevèrent tout ce qu'il possédait et l'amenèrent devant un officier supérieur qui ordonna de le fusiller. Quelle récompense pour un soldat qui avait passé sa vie à secourir les soldats ! A peu près un quart d'heure avant l'exécution de la sentence, un chirurgien major reconnut Larrey. Ce chirurgien avait suivi avec un profond intérêt une série de cours que Larrey avait donnés six ans auparavant à Berlin. On amena le prisonnier à Bulow, puis on le présenta finalement à Blücher, dont le fils, gravement blessé dans la campagne d'Autriche et fait prisonnier par les Français, avait dû la vie à l'intervention de Larrey.

" La vie honorable et glorieuse de Larrey se termina en 1842. Napoléon, lorsqu'il fit son testament à Ste-Hélène, écrivit : " Je lègue au chirurgien en chef de l'armée française, Larrey, 100,000 francs. C'est l'homme le plus vertueux que j'aie jamais connu. " Des lèvres de Napoléon, ces mots d'une louange aussi spontanée et faite d'aussi bon cœur tombèrent rarement. "

Après avoir dit quelques mots de l'énorme mortalité qui existait parmi les troupes au milieu du siècle dernier, mortalité qui rendait les maladies contagieuses plus meurtrières que le sabre, le docteur Banks rappelle le courage militaire du chirurgien Thomson qui, durant la guerre de Crimée, seul avec un assistant, passe trois jours à panser 500 blessés russes ; du chirurgien Wolseley qui, à Inkerman, les officiers étant morts, prend le commandement d'une compagnie et lui fait traverser la ligne ennemie ; du chirurgien Landon, qui, blessé à mort à Majuba Hill, se fait soutenir pour achever ses pansements ; du chirurgien Whitchurch, décoré pour avoir tenté de sauver la vie au major Baird ; du chirurgien général Reade, mort récemment, qui, à Delhi, avec douze hommes, défendit ses blessés contre un parti de rebelles. L'auteur termine en déplorant le manque d'organisation médicale qui existe aujourd'hui dans l'armée anglaise.

Le Dr Zuskowski a communiqué à la Société de médecine de Varsovie une nouvelle théorie assez rationnelle du mal de mer.

L'auteur conclut :

1° Il existe un organe du sens d'équilibre spécial pourvu d'un nerf spécial ; ce dernier par sa stucture et son développement se distingue du nerf acoustique et possède un centre propre ;

2° Cet organe se trouve dans les canaux semi-circulaires et dans l'entrée de l'oreille moyenne ;

3° Une excitation prolongée de cet organe détermine le mal de mer ;

4° L'apparition des symptômes du mal de mer chez un individu dans des conditions ordinaires doit faire supposer l'existence d'une lésion de cette portion de l'oreille ;

5° Le traitement du mal de mer doit être dirigé vers l'atténuation des symptômes les plus pénibles, car en réalité il est impuissant.

L'HYGIÈNE PUBLIQUE A NEW-YORK. [1]

Par HERMANN M. BIGGS.

Directeur des laboratoires bactériologiques du Bureau d'Hygiène de la ville de New-York.

(*Traduction*)

L'organisation efficace de l'hygiène publique, en Angleterre, a engagé l'auteur à faire connaître aux membres de l'Association Médicale Britannique les méthodes prophylactiques suivies aux Etats-Unis, afin d'établir que, dans les grands centres du moins, l'organisation de l'hygiène publique est certainement à la hauteur des progrès récents. L'auteur se propose donc de décrire l'organisation de l'hygiène publique dans la ville de New-York.

LE BUREAU DE SANTÉ DE NEW-YORK.

" Le Bureau de Santé de la ville de New-York est régi par une loi spéciale de la législature de l'Etat de New York et forme une organisation sanitaire entièrement indépendante, n'étant pas même sous la juridiction du Bureau de Santé de l'Etat. Le bureau d'hygiène du Département de Santé se compose de quatre membres : le Président, qui a le principal pouvoir exécutif ; le Commissaire de Santé, qui doit être médecin (ces deux officiers sont nommés par le maire de New-York), et deux membres *ex-officio :* l'officier de santé du port de New-York (officier de l'Etat nommé par le gouverneur), et le président du Bureau des Commissaires de police de New-York (ce dernier est nommé afin de resserrer les relations entre le département de la police et celui de l'hygiène). Le commissaire de santé du Bureau de Santé de New-York fait partie, *ex-officio*, du Bureau de Santé de l'Etat, comme aussi l'officier de santé du port de New-York ; de sorte que deux membres du Bureau de Santé municipal se trouvent membres du Bureau de Santé de l'Etat, mais ce dernier n'a aucune juridiction sur la ville de New-York, et l'action de son Bureau municipal est tout à fait indépendante

" Le Bureau de Santé de New-York exerce son action sur toute la ville, telle qu'elle existe aujourd'hui avec ses 2,000,000 de population, et au début de 1898, le même Bureau, augmenté d'un membre, exercera son action sur le nouveau New-York, avec une population d'environ 3,250,000 habitants. Toute l'organisation administrative et exécutive du département est concentrée dans les bureaux centraux, et est placée sous la direction immédiate des chefs des diverses sections en lesquelles le département est divisé. L'acte de la législature de l'Etat de New-York, qui crée ce département, donne au Bureau les plus amples pouvoirs exécutifs, judiciaires et législatifs. L'argent nécessaire au maintien du département est pris sur les fonds généraux de la ville de New-York.

" Le Bureau de Santé de la ville de New-York a été le premier (1892) à établir un laboratoire public de bactériologie. Ce laboratoire est utilisé pour le diagnostic bactériologique de la diphtérie, la production du sérum antidiphtérique (1895), du sérum antitétanique, du sérum antistreptococcique, de la malléïne et de la tuberculine (diagnostic de la gourme et de la tuberculose animales), les recherches sur les maladies infectieuses (diphtérie, fièvre

(1) Discours prononcé à la 65e réunion de l'Association Médicale Britannique le vendredi 3 setembre 1897

typhoïde, tuberculose, variole), le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, le traitement préventif de la rage. Un laboratoire spécial et une étable sont consacrées à la production du vaccin (lymphe glycérinée). Le personnel du laboratoire comprend vingt-cinq médecins, un chimiste, deux vétérinaires, sans compter les assistants.

" La désinfection, contrôlée par le laboratoire, est sous la direction de l'inspecteur en chef des maladies contagieuses.

" Les chiffres suivants donnent une idée de l'ouvrage accompli au laboratoire de bactériologie durant l'année 1896 : examens de 25,049 cultures (diphtérie), de 1856 échantillons de crachats (tuberculose); production de 16,796 flacons de sérum antidiphtérique ; traitement à domicile de 918 cas de diphtérie par les médecins attachés au laboratoire ; immunisation de 1214 personnes.

" Après la déclaration d'un cas de maladie contagieuse, l'isolement et la désinfection sont rendus obligatoires.

" L'inspection est confiée à deux classes d'inspecteurs, ceux qui sont médecins et ceux qui ne le sont pas. Les inspecteurs médicaux comprennent : les inspecteurs de districts, les vaccinateurs de districts et les vaccinateurs spéciaux, les inspecteurs chargés d'administrer le sérum antidiphtérique, les médecins chargés de diagnostiquer les maladies, les inspecteurs d'été, les inspecteurs d'écoles, les inspecteurs vétérinaires. Il y a aussi des inspecteurs sanitaires, des inspecteurs des aliments, des inspecteurs du plombage et de la ventilation, la police sanitaire, les inspecteurs des commerces dangereux, les inspecteurs de la viande, du lait, les inspecteurs des établissements de commerce (ce dernier corps surveille spécialement le travail que l'on fait faire aux femmes et aux enfants).

HYGIÈNE PUBLIQUE DE LA DIPHTÉRIE.

" La connaissance de l'existence d'un cas de diphtérie parvient au département, soit par le rapport direct du médecin qui traite le cas, soit par l'envoi d'une culture au laboratoire, pour examen bactériologique, dans les cas douteux. Si l'examen de la culture révèle la présence des bacilles de Lœffler, le cas est rapporté des laboratoires à la division des maladies contagieuses, en même temps qu'un rapport est envoyé au médecin traitant. Dans les deux cas, la chose est remise entre les mains de l'inspecteur médical attaché à la division des maladies contagieuses du district où le cas s'est déclaré. Si la personne vit dans une maison de pension ou un hôtel, si aucune culture n'a déjà été faite par le médecin traitant, l'inspecteur, dans les deux cas, fait une culture pour confirmer le diagnostic. L'action subséquente du département dépend du résultat de cette culture. Si l'on trouve des bacilles de la diphtérie, on traite le cas comme étant de la diphtérie ; s'ils sont absents, le traitement subséquent dépend des conditions spéciales qui existent. Chaque fois que le cas se trouve être de la diphtérie, le médecin traitant ou le médecin inspecteur du district fait au bout de dix jours une nouvelle culture pour s'assurer s'il y a encore dans la gorge des bacilles, et l'on répète ensuite ces cultures à de courts intervalles jusqu'à ce que l'examen démontre qu'il n'y a plus de bacilles. Le cas est alors rapporté pour la désinfection, et l'inspecteur médical en charge du cas laisse au domicile des instructions détaillées pour guider les désinfecteurs sur ce qu'ils ont à faire

" Un corps spécial d'inspecteurs est chargé de l'administration de l'antitoxine de la diphtérie, et l'un de ces inspecteurs, sur demande, visitera la personne atteinte de la maladie, dans n'importe qu'elle partie de la ville, que ce soit le jour ou la nuit, et administrera l'antitoxine sous la direction du médecin traitant. Quand les malades sont trop pauvres pour avoir un médecin, les inspecteurs surveillent leur transport à l'hôpital. Ces inspecteur sont aussi prêts, sur la demande du médecin traitant, à faire l'intubation dans la diphtérie laryngée. La pratique ordinaire, quand un inspecteur administre l'antitoxine,

est d'immuniser tous les membres de la famille qui ont été exposés à la maladie. On a aussi employé largement l'antitoxine diphtérique dans l'immunisation des pensionnaires des institutions publiques, surtout les enfants, lorsque la diphtérie apparaît. Ceci est une pratique ordinaire qui a permis chaque fois, depuis deux ans et demi, d'arrêter promptement la diphtérie dans ces institutions.

" Ainsi que nous l'avons déjà dit, l'antitoxine diphtérique est fournie gratuitement à toutes les institutions publiques, et, dans chacun des 100 dépots où elle est en vente, les médecins peuvent s'en procurer gratuitement pour leurs malades pauvres.

" Pour ce qui regarde l'étude de la diphtérie, on fait constamment des recherches pour établir le degré de virulence des bacilles de la diphtérie trouvés dans les gorges saines, dans l'angine catarrhale simple et l'amygdalite folliculaire, et enfin sur tous les points relatifs à l'étude de cette maladie. "

L'HYGIÈNE PUBLIQUE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

" Le Bureau de Santé de la ville de New-York, sortant des sentiers suivis jusqu'ici par la plupart des bureaux de santé, sur qui la force des idées longtemps reconnues pèse encore, a eu le courage de ses convictions scientifiques, et s'occupe depuis 1889 de la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire. Après avoir, en 1889, commencé une propagande littéraire afin d'intéresser le public et les médecins à la question, le Bureau prit, en 1893, les premières mesures préventives.

" Les mesures adoptées alors exigeaient la déclaration de tous les cas de tuberculose pulmonaire survenant dans les institutions publiques, ainsi qu'un rapport des cas traités dans la pratique des médecins privés. Elles prévoyaient aussi à l'organisation de l'examen bactériologique des crachats, afin d'aider au diagnostic précoce de la maladie ; à l'inspection de tous les cas rapportés dans les maisons de pension et les hôtels, ainsi qu'à l'éducation des malades et de leurs familles, sur la nature contagieuse de la maladie et les moyens de la prévenir ; à l'inspection des demeures où des cas de mort étaient rapportés comme étant causés par la tuberculose, ainsi qu'à des règlements obligeant, quand on le jugeait nécessaire, les propriétaires des appartements occupés par des consomptifs et devenus vacants par suite de mortalité ou de changement de domicile, à renouveler complètement ces appartements en les nettoyant et en les faisant peinturés, tapissés ou *kalsominés* avant qu'ils ne fussent occupés par d'autres personnes ; et finalement à l'éducation du public, par des mesures larges et faciles à comprendre, sur la nature de la maladie.

" On plaça des placards à la porte des appartements rendus vacants par la mortalité ou le changement de domicile, afin d'empêcher que ces appartements ne fussent occupés de nouveau avant qu'on n'ait obéi aux ordres donnés pour leur renouvellement.

" Comme résultat de la mise en force de ces moyens, 4,166 cas de tuberculose furent rapportés en 1894, 5818 en 1895 et 8334 en 1896. Chaque cas, autant que possible, excepté dans les demeures privées, furent visités et les logements où ils avaient vécu inspectés, et de plus les logements occupés par des personnes mortes de tuberculose (au nombre, chaque année, de près de 6,000) furent inspectés ; on agissait ensuite suivant ce qui était jugé désirable et possible de faire. Durant ces trois années, les logements et les malades ainsi observés se montèrent à 35,000.

" Ces faits donnent une idée de l'énorme importance sanitaire du sujet. On calcule qu'il y a aujourd'hui, à New-York, 20,000 cas de tuberculose pulmonaire bien établis et reconnus, et un nombre additionnel considérable de formes obscures et à l'état latent de la maladie. Une proportion considérable des premiers cas constituent des centres plus ou moins dangereux d'infection, la grandeur du danger dans chaque cas dépendant de l'intelligence et du soin exercés dans la destruction de l'expectoration. Toute la souffrance et la mortalité

qui résultent de l'existence de cette maladie, si l'on en croit les connaissances scientifiques modernes, sont dans une grande mesure évitables si l'on applique avec soin des mesures simples, bien comprises et faciles de propreté, de désinfection et d'isolement."

Cette année (1897), le Bureau de Santé a déclaré, dans ses règlements, que la tuberculose pulmonaire est une maladie infectieuse, communicable et dangereuse pour la santé publique, qu'il faut séparer des fièvres éruptives, mais qu'on devra déclarer chaque fois qu'on en constatera un cas dans la ville. Pendant ces quatre dernières années, le Bureau a donné l'ordre à des milliers de propriétaires de renouveler des appartements occupés par des consomptifs et n'a pas éprouvé de difficultés à faire observer ses règlements. Les institutions publiques, les hôpitaux, les asiles, les refuges, etc., sont obligés non seulement de déclarer le nom, la dernière adresse, le sexe, l'âge et l'occupation de chaque cas qui tombe sous leur observation, et cela dès la première semaine, mais encore de notifier le département du renvoi ou du transport de ces patients. Le but de cette manière d'agir est de maintenir sous une surveillance plus ou moins constante ces cas de tuberculose pulmonaire qui surviennent dans les classes les plus pauvres de la population, c'est-à-dire ceux qui sont le plus facilement susceptibles de devenir une source d'infection dangereuse pour les autres.

L'auteur considère qu'il est impossible de prendre des mesures suffisamment efficaces pour la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire, dans les classes pauvres, sans l'établissement d'hôpitaux spéciaux chargés de soigner exclusivement cette maladie contagieuse.

Afin d'éviter la propagation de la tuberculose des animaux à l'homme, personne ne peut vendre du lait à New-York sans un permis du Bureau de Santé (1895), et aussi sans que la voiture qui sert au transport du lait soit approuvée par le Bureau. Pour obtenir ce permis, le marchand doit fournir des renseignements sur la provenance du lait, le nombre des animaux, la qualité de l'aliment et l'état sanitaire des environs de la ferme. Le Bureau annule ces permis lorsqu'il constate que ses règlements ne sont pas observés. On fait subir, en ce moment, sous la direction du Bureau de Santé, l'épreuve de la tuberculine aux 3,000 vaches laitières que l'on trouve dans la ville de New-York, et celles qui sont reconnues tuberculeuses sont abattues ; on a l'intention ensuite d'appliquer la même mesure à toutes les vaches dont le lait est vendu en ville.

" Les mesures prises pour établir la prophylaxie de la tuberculose ont déjà donné de bons résultats. Non seulement la mortalité par cette maladie a diminué notablement, mais on constate encore une amélioration satisfaisante dans les notions des classes les plus pauvres sur cette maladie. Les inspecteurs constatent, dès leur première visite, dans presque la moitié des cas signalés dans les quartiers pauvres de la ville, que l'on prend déjà des mesures prophylactiques plus ou moins efficaces. Par exemple, on emploiera, pour recevoir les crachats, à la place des mouchoirs, des guenilles que l'on jette ensuite au feu ; on emploiera aussi des vases contenant de l'eau ou des solutions antiseptiques ; on séparera le linge du malade de celui des autres personnes, et ainsi de suite.

" Cette amélioration de l'intelligence, et les précautions qui en résultent donnent le plus grand espoir pour la diminution persistante et plus rapide encore, dans le futur, du nombre des cas et de l'effrayante mortalité causée par les maladies tuberculeuses."

L'INSPECTION DES ÉCOLES.

" Au commencement de cette année 1897, suivant les instructions du Bureau d'Evaluation, le Bureau de Santé a nommé 150 médecins-inspecteurs d'écoles, après leur avoir fait subir les examens exigés pour l'entrée au service civil. Les devoirs de ces inspecteurs consistent à examiner, chaque jour, à l'ouverture des divers départements de chacune des écoles publiques, paroissiales ou industrielles, tous

les enfants qui sont mis à part par leurs maîtres de classe respectifs comme ne paraissant pas tout à fait bien. Ces enfants sont examinés, dans chaque école, par l'inspecteur attaché à l'école, et, suivant le résultat de l'examen, ils sont exclus de l'école ou renvoyés en classe. Tout élève trouvé souffrant de quelque maladie générale contagieuse, ou de maladie contagieuse des yeux, ou de maladie parasitaire de la peau est renvoyé chez lui, porteur d'un écrit expliquant aux parents la cause de son renvoi, et dans les cas de maladie éruptive ou de diphtérie les rapports sont envoyés immédiatement à l'inspecteur en chef des maladies contagieuses, qui les transmet aux différents inspecteurs médicaux de district pour l'inspection et la surveillance.

" Durant les trois mois (65 jours d'école) où ce système a été mis en opération, on a examiné 63,812 enfants tenus à l'écart par les maîtres comme ne paraissant pas parfaitement bien, et sur le nombre 4,183 ont été exclus pour les raisons suivantes :

Rougeole	88
Diphtérie	167
Scarlatine	32
Croup	11
Coqueluche	26
Oreillons	117
Maladies contagieuses de l'œil	702
Maladies parasitaires de la tête	2,627
Maladies parasitaires du corps	108
Varicelle	130
Maladies de peau	175
	4,183

" Les enfants exclus parce qu'on les croyait atteints de rougeole, scarlatine, diphtérie ou varicelle furent ensuite visités par les inspecteurs médicaux et le diagnostic confirmé dans la majorité des cas."

Le Bureau de Santé distribue à profusion, surtout dans les quartiers populeux, de la littérature médicale populaire sur les maladies contagieuses, leur diagnostic, leur traitement, les précautions à prendre, etc. Ces écrits sont aussi publiés dans les journaux quotidiens. Le laboratoire de bactériologie distribue en outre aux médecins un bulletin de ses recherches.

L'auteur étudie ensuite les statistiques de la mortalité à New-York, qui font voir une grande diminution dans la mortalité par maladies contagieuses. Il fait part du désir qu'a le Bureau de perfectionner son organisation au fur et à mesure que les progrès scientifiques le permettront. Il souligne son efficacité actuelle, rendue possible par l'étendue des pouvoirs que la loi lui accorde et par l'approbation unanime de la presse quotidienne. Il termine en rappelant la belle organisation sanitaire de l'Angleterre, et en disant qu'il n'a raconté aussi au long celle de New-York qu'afin que les deux nations de langue anglaise puissent par l'intermédiaire de l'Association, se mieux connaître, pour le plus grand bien de la médecine prophylactique, et afin que la population de chacune de ces nations puisse vivre une vie plus saine, et par conséquent plus longue et plus heureuse.

De la rubéole.—M. le Dr Nodet, du Chambon-Feugnerolles, a soumis au Congrès de l'avancement des sciences les observations de six cas de rubéole, qu'il a eu l'occasion d'observer, et il en tire les conclusions suivantes : la rubéole est contagieuse comme la rougeole avant la période éruptive. L'incubation dans les cas observés a été de quinze à seize jours. A signaler l'apparition de violentes coliques survenues deux fois sur six la veille de l'éruption. Enfin, si la rubéole est une affectien très bénigne dans la grande mojorité des cas, elle peut faire apparaître des angines graves suivies d'otites chez des enfants prédisposés.

TRAVAUX DES SECTIONS.

MÉDECINE.

INFLUENCES QUI ONT DÉTERMINÉ LE PROGRÈS DE LA MÉDECINE DURANT CES DEUX DERNIERS SIÈCLES ET DEMI.

(*Discours d'ouverture*).

Dr Stephen Mackenzie (de Londres).—L'auteur fait un tableau de l'état de la médecine, lorsque les premiers Européens débarquent au Canada. L'influence qui se fit sentir la première, ce fut l'étude de l'anatomie. Puis ce fut l'étude de l'histologie, grâce au microscope. De même que l'anatomie dût atteindre un certain degré de perfection, avant que la physiologie et l'anatomie pathalogique devinssent possibles, de même l'histologie normale dut faire des progrès avant que l'histologie pathologique prisse naissance. A leur tour, ces progrès ont amené l'étude de la bactériologie. L'auteur rappelle ensuite les notions acquises par l'usage du thermomêtre, de l'ophthalmoscope, du laryngoscope, du sphygmographe, etc., etc. Parlant de l'auscultation, il dit que le diagnostic des maladies de la poitrine a atteint un degré de précision qu'aucune autre branche de la médecine clinique n'a égalé. Il est curieux de noter, à propos de vaccination, que quelque grand que soit le progrès des sciences médicales, quelque précises que soient en général les méthodes de recherches, deux des principales maladies contre lesquelles la prophylaxie et l'immunisation ont eut le plus de succès, la variole, dont Jenner fut le premier vaccinateur, et la rage, dont Pasteur a pu atténuer le virus et l'employer comme antidote, sont des maladies dont on n'a pu trouver les micro-organismes, c'est-à-dire le virus véritable, à moins toutefois que Copeman Moncton ait pu le faire enfin pour la variole et la vaccine.

En thérapeutique, jusqu'à aujourd'hui, c'est la thérapeutique scientifique qui a exercé le plus d'influence sur la médecine. La médecine préventive a remporté les plus grands triomphes et en remportera d'autres encore. L'œuvre de Jenner, de Pasteur, de Lister, de Koch, et autres précurseurs de la médecine préventive, a sauvé plus de vies que n'a pu le faire la médecine thérapeutique. L'une des influences qui a donné de l'élan aux études scientifiques, c'est la création des systèmes universitaires. En médecine clinique, on a fait beaucoup de progrès dans l'étude des fièvres, surtout de la malaria. L'un des points les plus importants a été la distinction établie entre la fièvre typhoïde et le typhus. L'œuvre de Bright, de Wallace et d'autres sur les maladies des reins est bien connue. L'un des triomphes de la médecine moderne, a été de reconnaître la liaison qui existe entre l'augmentation de la tension artérielle et les maladies du rein, et son effet éloigné sur la production des hémorrhagies célébrales

L'auteur parle ensuite, assez au long, des progrès accomplis dans l'étude des maladies nerveuses, la maladie d'Addison et le myxœdème. Il conclue en disant que l'on a ajouté plusieurs années à la période la plus utile et la plus appréciée de la vie, et qu'on a amené une diminution manifeste dans la mortalité causée par la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc.

L'ARTHRITE DÉFORMANTE ET SES RELATIONS AVEC LA PHTISIE, LE RHUMATISME ET LES MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Dr James Stewart (de Montréal).—L'auteur donne une analyse de quarante cas, dans lesquels les facteurs suivants accompagnaient ou précédaient la maladie : rhumatisme, tuberculose, maladies nerveuses, exposition au froid, alcoolisme, mais beaucoup plus fréquemment encore gonorrhée ; 15 pour cent n'avaient pas de cause apparente. L'auteur croit que les symptômes indiquent fortement l'existence d'un processus infectieux préalable. Il n'admet pas l'idée d'une origine nerveuse de la maladie, et considère qu'on n'en a aucune preuve. La phtisie intervient d'une manière indirecte, et comme toute influence déprimante, en abaissant la vitalité et favorisant l'éclosion de la maladie. Il pense que les relations avec le rhumatisme sont très étroites, et c'est un point important, car le rhumatisme, suivant toute probabilité, a une origine microbienne. De futures recherches sur ce point donneront certainement les meilleurs résultats. Quant au traitement, l'usage prolongé de l'arsenic et de l'huile de foie de morue est pour lui la médication la plus utile ; mais il a employé récemment les bains d'air chaud avec beaucoup de soulagement dans la douleur, et quelque amélioration dans les mouvements. En terminant, l'auteur exprime la croyance que si la maladie n'a aucune relation avec le tubercule, il est probable qu'elle en a avec le rhumatisme et les maladies du système nerveux.

Prof. Osler (de Baltimore).—Il est difficile de séparer l'arthrite déformante du rhumatisme chronique. La similitude que l'on trouve parfois entre certaines lésions de la moëlle épinière et l'arthrite rhumatoïde indique une relation entre ces maladies.

Dr Jacobi (de New-York).—Il y a une différence marquée entre l'arthrite rhumatoïde et le rhumatisme chronique. Il penche du côté de la théorie nerveuse, et ne croit pas à l'origine infectieuse.

Dr Graham (de Toronto).—La goutte, le rhumatisme chronique et l'arthrite déformante sont quelquefois difficiles à séparer. Il faut attendre des connaissances pathologiques plus complètes.

FORMES ET TRAITEMENT DE L'INSOMNIE.

Dr Henry Barnes (de Carlisle).—Lorsque l'on considère le traitement de l'insomnie, la première question à décider est celle-ci : " Le patient souffre-t-il réellement du manque de sommeil ? " J'ai l'habitude de dire aux patients qui m'ennuient pour avoir des potions calmantes, qu'une heure de sommeil naturel vaut quatre à cinq fois la même somme de sommeil médicamenteux, et leur fera beaucoup plus de bien. L'absence de sommeil est très affligeante et très pénible pour le patient et son entourage, mais nous ne devons accepter les affirmations des patients qu'avec défiance, car ils prétendent souvent avoir eu une période de sommeil beaucoup plus courte qu'elle n'a été en réalité. Les malades contractent facilement l'habitude de prendre, sans nécessité, des potions calmantes. L'habitude de la morphine, du chloral, du sulfonal, est facile à contracter, mais pas aussi facile à guérir. Il ne faut prescrire les hypnotiques qu'avec circonspection, lorsqu'ils sont réellement indiqués, et suivant les individus. Le sommeil est un rénovateur merveilleux de la force nerveuse, mais le sommeil naturel seul est bon.

On peut produire le sommeil de deux manières : (1) En diminuant l'apport du sang au cerveau ; (2) en diminuant l'activité fonctionnelle des cellules cérébrales. On atteint le premier de ces deux buts en faisant disparaître tout ce qui tend à augmenter la force de l'afflux sanguin au cerveau, en assurant au corps un degré de chaleur et de comfort suffisant, en faisant prendre un bain chaud au moment du coucher, et en prêtant une grande attention à l'état général de la santé. L'une des causes de l'insomnie n'est pas suffisamment connue : c'est la

goutte. L'insomnie est commune chez les goutteux. Tout le monde sait la soudaineté avec laquelle le sommeil est interrompu aux petites heures du matin par le paroxysme de la goutte aiguë. L'insomnie causée par la dyspepsie, acide ou fermentative, est une des formes simples du manque de sommeil. D'après Duckworth, c'est Cullen qui a le premier attiré l'attention sur ce fait. Cullen dit: " Les personnes qui souffrent d'une faiblesse de l'estomac, comme moi, depuis nombre d'années, savent que certains aliments, sans qu'elles s'en rendent bien compte, les empêchent de dormir. J'ai été réveillé des centaines de fois à deux heures du matin sans ressentir rien de particulier, mais je savais que j'avais été éveillé par le fonctionnement anormal de mon estomac, et je me rappelais alors ce que j'avais pris à dîner, et qui me valait cela." Murchison a décrit une forme d'insomnie qu'il attribue à un dérangement hépatique, produisant les formes variées de la goutte. L'insomnie est subite. Le malade se met au lit en apparence très bien, et s'endort comme à l'ordinaire. Soudain le sommeil est interrompu, et il existe parfois de la nausée et du malaise stomacal pour deux ou trois heures. Je suis porté à croire que l'origine goutteuse de l'insomnie est plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Dans ces cas une gorgée d'eau chaude, ou d'eau de potasse et de sel volatil, donne du soulagement ; mais la diète suivie avec soin, l'air pur et l'exercise abondant sont nécessaires pour empêcher la ré-apparition du mal. La rhubarbe et la soude, ou poudre de Grégory, au coucher, sont très utiles.

L'insomnie dépend quelquefois, surtout chez les personnes âgées, de l'athérome des artères, qui leur fait perdre leur pouvoir contractile et les rend incapables de régulariser le courant sanguin dans le cerveau L'iodure de potasse dans ces cas est utile, et l'addition de quelques grains de bromure aidera à calmer les cellules cérébrales.

Pour les autres formes de l'insomnie, je m'en rapporte surtout à la paraldélyde. Les malades n'en aiment pas le goût, et sont moins exposés à en prendre l'habitude. Ce remède est particulièrement utile et sûr dans les affections cardiaques, les inflammations aiguës du poumon, les fièvres et le délirium tremens.

Dans l'insomnie mentale, j'emploie le sulfonal jusqu'à la dose de trente grains et le trional jusqu'à la dose de vingt grains, et je suis tellement satisfait de leurs résultats que je n'emploie aucun autre des nouveaux hypnotiques.

TRAITEMENT DIÉTÉTIQUE DU DIABÈTE.

Dr Saundby (de Birmingham).—La diète ordinaire du diabétique, avec ses restrictions sévères, ne peut être suivie que par l'autorité du médecin et la docilité du patient. Les compromis sont généralement de règle, mais parce que le médecin sacrifie son opinion aux exigences du malade. Les diabètes sucrés forment un groupe clinique dont la cause et la classification propre sont encore discutable. Ceci ne doit pas cependant nous guider dans le traitement. La glycosurie est un phénomène anormal, qui survient quand le montant des principes azotés ingérés dépasse le pouvoir utilisateur de l'économie. Ce pouvoir varie avec les différents individus, et peut-être chez le même individu à divers moments. Ceux qui deviennent facilement glycosuriques après un léger excès sont en relation étroite avec les formes légères du diabète. Dans les diabètes sévères, la glycosurie persiste même avec la diète carnée—fait que l'on explique par la formation d'une molécule d'azotate lorsque l'albumine est convertie en urée. Il n'y a donc pas de raisons physiologiques, dans les diabètes sévères, à persévérer dans une diète stricte dans l'espoir de supprimer la glycosurie. Le traitement doit trouver sa justification dans les résultats cliniques, et ne doit pas être mené trop loin par nos préjugés en faveur de telle ou telle doctrine pathologique discutée. Plutôt que de suivre une routine aveugle, nous devrions donner à chaque cas autant de principes azotés qu'il peut assimuler. Des principes azotés, il vaut mieux donner 1½ pinte de lait, 6 onces de

pommes de terre cuites au four, 1½ de lévulose, et, dans les cas légers, 4½ onces de pain rôti sec. L'un des repas sera composé, s'il est possible, de bacon gras, mais les diabètiques paraissent mal absorber la graisse.

Lorsqu'il n'y a pas d'albuminurie, on peut permettre 4 onces d'alcool par jour, bien dilué dans de l'eau minéral, ou, dans les cas légers, une bouteille de Moselle ou de Bordeaux léger, ou même une pinte de bière amère. Il importe beaucoup de prescrire une quantité définie, et d'éprouver l'effet de la diète en prenant chaque semaine le poids du corps et mesurant la quantité d'urine et de sucre. La première de ces trois mesures est la plus importante.

Dr Shingleton Smith (de Bristol).—Il est important de faire une distinction entre les variétés du diabète. Il hésiterait, dans les diabètes des jeunes personnes, à permetttre quelque liberté. Chez les personnes plus âgées, une latitude plus grande est indispensable. Il a tenu sous observation pendant quinze ans un cas chez qui la plus légère déviation de la diète ordinaire des diabétiques était invariablement suivie de la réapparition du sucre dans l'urine.

Dr Duncan (de Glascow).—On doit faire suivre aux diabétiques la diète sévère jusqu'à ce qu'on ait obtenu des résultats évidents, et n'accorder de latitude que lorsque des symptômes de débilité surviennent.

Dr Tyson (de Philadelphie.)—Tant que le sucre est à deux pour cent, il est en faveur d'un degré considérable de liberté. Il surveille l'urine et accorde autant de liberté que les circonstances et le malade le lui permettent.

Dr Jacobi (de New-York).—Il fait varier la diète avec l'âge du patient. Il ne voit pas de contre-indications à l'usage du lait.

ATONIE DU RECTUM.

Dr Atcheson (de Galt.)—La défécation est un acte physiologique en partie volontaire et en partie involontaire. L'affaiblissement du système nervaso musculaire cause la constipation. C'est un fait important à reconnaître si l'on veut appliquer un traitement favorable. L'usage fréquent des grands lavements d'eau chaude cause la constipation en relâchant et dilatant le rectum. C'est aussi le cas, mais à un degré moindre, pour les lavements froids La maladie, à part les sensations subjectives désagréables, cause le vertige, l'hystérie, l'hypochondrie et autres troubles physiques. Ces symptômes, et l'examen digital, aident à faire le diagnostic. La suppression de la cause, l'usage d'aliments plus grossiers, de liquides, l'exercice, les bains et surtout les habitudes régulières constituent le traitement. On ne doit pas, règle générale, employer les purgatifs, mais des agents nervoso-musculaires, tels que la noix vomique, combinée à la belladone et à l'ipéca, etc... On peut y joindre de légers lavements froids ou astringents. Il peut être nécessaire de dilater le sphincter et de vider l'ampoule rectale sous chloroforme.

LE MICROBE DE LA COQUELUCHE

Dr Henry Koplik (de New-York)·—L'auteur a isolé un bacille qu'il croit être la cause de la coqueluche. Il en décrit les caractères morphologiques, les méthodes de culture, etc. Il a trouvé ce microbe dans treize cas de coqueluche sur seize. Il espère pouvoir donner de nouveaux détails assez prochainement.

DISPARITION DES SOUFFLES ENDOCARDIQUES

Dr Musser (de Philadelphie.).—Les souffles du cœur, particulièrement ceux du rétrécissement mitral, de l'insuffisance mitrale et de l'insuffisance organique, disparaissent occasionnellement. D'après ce qu'il a lu dans la littérature médicale et d'après son expérience personnelle, les bruits du rétrécissement

mitral apparaissent et disparaissent de temps à autre; les bruits de l'insuffisance aortique disparaissent rarement, et quand cala arrive, c'est dû à un changement organique pathologique ; les bruits de l'insuffisance mitrale peuvent dépendre de la dilatation avec insuffisance et changer de temps à autre.

LA LITHIASE BILIAIRE.

Dr. William Hunter (de Londres).—Les concrétions sont formées dans les canaux intra-hépatiques de bilirubine de chaux ; dans les canaux hépatiques, de bilirubine de chaux et de cholestérine ; dans la vésicule biliaire, de bilirubine de chaux, de cholestérine et d'un produit albumineux amené par l'inflammation catarrhale de l'organe. La cholestérine est fournie par l'altération dégénérative des tissus épithéliaux qui tapissent surtout la vésicule biliaire; le corps albumineux précipite la bilirubine de chaux, amenant ainsi la formation des calculs. Des microbes sont souvent en cause; on a trouvé fréquemment dans le vésicule des bacilles de la fièvre typhoïde et des bacillus coli commune qui, par leur action irritante, avaient amené une inflammation catarrhale. Il attribue la formation des calculs biliaires à l'infection des conduits biliaires par des microbes, et à l'action de quelque substance irritante sécrétée dans la bile. Le second groupe est surtout susceptible de traitement médical. Il s'agit de laver les cellules hépatiques avec de l'eau, et il a grande confiance pour cela aux eaux de Carlsbad et de Vichy. L'huile d'olive serait utile pour dissoudre les calculs formés, mais il n'est pas certain qu'elle passe dans les canaux biliaires.

Dr. Graham (de Toronto).—La difficulté du diagnostic entre la colique biliaire, le spasme du pylore, l'abcès hépatique et le carcinome de la vésicule biliaire est due souvent au manque de soin dans l'observation du malade et la recherche de son histoire antérieure. Il insiste sur la nécessité de rechercher avec soin dans l'urine la présence des pigments biliaires dans tous les cas où l'on a de la misère à établir un diagnostic.

Dr. Osler (de Baltimore).—L'auteur rappelle les relations qui existent entre le bacille de la fièvre typhoïde et la lithiase biliaire. Il en a vu quatre cas en deux ans et la croit plus fréquente qu'on ne le suppose. Dans les cas de calculs biliaires, la colique indique souvent une infection aiguë qui se révèle par la fièvre, la tuméfation de la rate et l'albumine dans les urines. On a trouvé, par des ponctions, des microbes dans la rate et la vésicule. Bien plus, dans l'association de la fièvre avec la lithiase, l'auteur distingue quatre groupes; (1) Fièvre avec frisson n'indiquant pas nécessairement une infection ; (2) Fièvre associée à la cholycystite aiguë, fièvre rémittente, non accompagnée de frissons, dont les symptômes deviennent ceux de la suppuration ; (3) Fièvre hépatique intermittente limitée aux cas ressemblant à la fièvre malaria et n'offrant aucun symptôme entre les attaques ; 4) Fièvre avec processus suppuratif soit dans la vésicule biliaire, soit dans le foie. Les chirurgiens ont contribué beaucoup à étendre nos connaissances sur la lithiase biliaire.

COQUELUCHE.

Antipyrine	15 grains
Sirop de groseilles	24 drachmes
Eau de Vichy	80 — 2½ onces

par cuillerées à dessert, après les quintes, et on conseille de faire prendre, de suite après la potion, soit un peu de lait, soit un peu de bouillon. Quant aux doses quotidiennes, elles doivent osciller, pour M. Le Goff, entre 15 et 45 grains d'antipyrine pour les enfants au-dessus de deux ans, et entre 8 et 15 grains au-dessous de cet âge.

CHIRURGIE.

L'ENSEIGNEMENT DE LA CHIRURGIE.

Dr CHRISTOPHER HEATH, de Londres (discours d'ouverture).—Après avoir rappelé les deux sujets de chirurgie placés sur le programme pour la discussion, l'appendicite et le cancer du rectum, le président constate que les progrès récents de la chirurgie abdominale sont vraiment remarquables. L'auteur s'est occupé, il y a douze ans, de la publication d'un dictionnaire de chirurgie pratique, et bien qu'il fut assisté dans cette œuvre par les meilleurs chirurgiens des hôpitaux de Londres, l'on n'y faisait mention ni de l'appendice, ni de l'enlèvement du rectum par la méthode de Kraske. L'article de Kraske date de 1885, et la première mention de l'appendice faite en Angleterre date d'une communication de M. Treves faite en 1888 à la Société Royale de Chirurgie. Les travaux de Morris et de Robson en Angleterre, ceux de Keen aux Etats-Unis ont fait progresser la chirurgie du rein et du foie.

Parlant du traitement de la pierre, l'auteur raconte avoir vu, il y a 40 ans, Fergusson opérer par la méthode latérale avec brio, mais perdre un grand nombre de malades par septicémie. Plus tard, il a souvent constaté l'habileté de son collègue Thompson dans le broiement de la pierre en plusieurs séances au moyen du lithotriteur. Puis est venue la litholapaxie, ou lithotritie rapide, que nous devons au grand chirurgien américain Bigelow. Dernièrement, le chirurgien scandinave Petersen a remis en honneur l'ancienne opération sus-pubienne. L'étudiant, aujourd'hui, voit rarement faire une taille périnéale, et s'intéresse peu à l'anatomie de cette partie. Il semble que l'on juge l'anatomie peu nécessaire en pratique.

L'auteur regrette que l'enseignement de l'anatomie, du moins en Angleterre, soit entre les mains de gens qui ne sont pas chirurgiens, ce qui leur fait délaisser les points chirurgicaux pour des détails inutiles. Il déplore la coutume de ne pas admettre les étudiants aux cliniques avant qu'ils aient passé leurs examens d'anatomie et de physiologie, ce qui leur laisse ensuite un temps insuffisant pour l'étude clinique des malades. Les étudiants consacrent une grande partie de leur temps à l'auscultation, la thérapeutique, les pansements gynécologiques, les examens pathologiques, mais ils négligent la chirurgie ou n'y consacrent que quelques mois. Et cependant, grâce aux anesthésiques et aux antiseptiques, la chirurgie n'a jamais été aussi en honneur qu'aujourd'hui parmi les praticiens en général.

D'où vient cette contradiction apparente ? C'est que d'abord un grand nombre d'opérations ne sont entreprises que pour *éclaircir le cas*. C'est qu'ensuite, l'anesthésie permettant de prendre son temps, le chirurgien le moins habile peut espérer terminer son opération d'une manière satisfaisante pour lui-même et, si les circonstances le favorisent, pour le malade. Enfin la facilité avec laquelle tout le monde peut proclamer un succès dans une société ou le publier dans un journal y est bien pour quelque chose. Il n'est donc pas étonnant de voir de jeunes chirurgiens dont les connaissances sont peu étendues devenir rapidement des chirurgiens spécialistes, et essayer non sans succès de prouver que tout ce qui tombe dans leurs filets est poisson.

Cependant, sans les connaissances voulues de l'anatomie, la pathologie et l'histologie, le progrès en chirurgie est impossible, et c'est à ceux qui sont aujourd'hui professeurs dans nos grandes écoles de médecine d'exiger des étudiants un entraînement théorique et pratique suffisant pour leur permettre de devenir par la suite des praticiens heureux. Il s'agit aussi d'empêcher que chaque professeur croie que sa branche seule est nécessaire à l'étudiant, et faire en sorte que les études préliminaires ne prennent pas tout le temps de ce dernier.

L'APPENDICITE.

Dr Armstrong (de Montréal).—Pour ce qui concerne l'étiologie, tout ce qui peut altérer la membrane muqueuse peut causer l'appendicite. Il rapporte 517 cas traités dans les hôpitaux de Montréal : 67 cas moururent, dont 36 de péritonite septique. Cette statistique semble prouver que l'intervention est justifiable dans presque tous les cas d'appendicite. L'opération, la plupart du temps, doit être faite à bonne heure. L'usage des purgatifs et de l'opium lui semble dangereux. Il faut, dans la plupart des cas, enlever aussi complètement que possible la paroi de l'abcès. Il établit le drainage avec deux ou trois larges tubes de caoutchouc, un dans chaque aîne et un dans le bassin. L'emploi de la gaze pour drainer le pus ne lui a jamais donné satisfaction. Les cataplasmes calment très bien la douleur.

Dr Ward Cousins (de Southsea).—La douleur est un symptôme précoce ; elle disparaît quand la marche est favorable, et se maintient dans le cas contraire. Il opère lorsqu'il n'y a pas d'amélioration au bout de deux à trois jours. Il préfère une incision oblique et les sutures à la soie plutôt que les rétracteurs, qui meurtrissent les tissus. Il ne touche pas à la paroi de l'abcès, mais se contente de bien vider ce dernier.

Dr Ball (de Dublin).—Il divise les cas aigus en trois classes : les foudroyants, ceux qui s'accompagnent de formation d'abcès, et ceux dont les symptômes n'indiquent nullement si la maladie fait des progrès ou non. C'est dans ce dernier cas qu'il est difficile de décider si l'on doit opérer ou non.

Dr Jordan Lloyd (de Birmingham).—Divise l'appendicite en deux classes : cas limités à l'appendice, cas accompagnés d'inflammation péri-appendiculaire.

Sir William Hingston (de Montréal).—Il faut se fier aux cas de pratique privée plutôt qu'aux statistiques d'hôpital. Souvent l'intervention mal à propos peut avoir une terminaison fatale.

Dr Vander Veer (d'Albany).—La localisation de l'appendice n'est pas toujours la même. Il opère après une seconde attaque. Il enlève autant de tissus malade qu'il est possible, comme le veut le Dr Armstrong. Il conseille au médecin de famille de ne pas attendre qu'il ait trouvé le point de McBurney, quoique sa présence soit d'une grande valeur. Opérer à bonne heure est le point important.

Dr Ferguson (de Chicago).—Il conseille d'opérer tous les cas lorsque le diagnostic est clair et la maladie non compliquée, parcequ'alors l'opération est facile et donne les meilleurs résultats.

Dr Gordon (de Portland).—Il traite les malades durant l'attaque par le traitement salin, et n'opère qu'après l'attaque. Il vide l'abcès par une simple incision.

Dr Christopher Heath.—Il ne faut pas opérer tous les cas aigus. Pour soulager la douleur, il applique de la teinture de belladone sur la région du cæcum et par dessus un bon cataplasme de graine de lin. Le repos au lit et une diète soignée sont très importants.

L'OPÉRATION DE KRASKE DANS LE CANCER DU RECTUM.

Dr James Bell (de Montréal.)—Le diagnostic précoce du cancer du rectum est difficile, à cause de la nature mal définie des symptômes. Le premier symptôme grave peut être une péritonite générale due à une rupture du rectum et au déversement du contenu dans la cavité péritonéale. De toutes les méthodes recommandées il préfère l'opération de Kraske par la voie sacrée. Il aime mieux faire une colotomie inguinale préliminaire, afin de trouver la limite supérieure de la tumeur et de libérer l'intestin. Le procédé est aussi plus commode lorsqu'on a besoin de laisser une ouverture permanente. Il croit que l'on pratiquera de plus en plus l'opération élevée, et conseille de ne fermer que tardivement la plaie de la colotomie.

Prof. BALL (de Dublin).—Le professeur fait voir par des vues projetées à l'aide d'une lanterne la résection du rectum par la voie sacrée, dont il fait ressortir la facilité et la sûreté. Ces vues ont été faites d'après des pièces congelées, et montrent toute l'opération depuis la première incision jusqu'à la fin. Dans les dix-sept cas de sa pratique, l'auteur n'a eu qu'une seule mort.

Dr KEEN (de Philadelphie).—Dans une série de 23 cas opérés par la méthode de Kraske, il a eu quatre cas où la réapparition du néoplasme ne s'est pas produite après quatre ans. Il admet l'opportunité de faire une colotomie préliminaire.

Dr ASHURST (de Philadelphie).—L'opération doit être regardée comme très grave, excepté entre les mains de quelques chirurgiens choisis.

LA SCOLIOSE.

Le Dr BERNARD ROTH donne une analyse de 1000 cas de scoliose traités exclusivement par la position et les exercices Il regarde comme cause, dans 50 p. c. des cas, une faiblesse musculaire générale.

Le Dr TAIT MCKENZIE (de Montréal) fait voir un nouvel instrument pour mesurer le degré de courbure de l'épine dorsale.

Dr CHRISTOPHER HEATH.—Il a vu employer des appareils sans précautions, et le plus grand dommage en résulter pour le malade. Plusieurs cas traités par les exercices musculaires ont, à sa connaissance, pris beaucoup de mieux.

Dr GIBNEY (de New York).—Il a abandonné les appareils et obtient de bien meilleurs succès par la gymnastique. Il est nécessaire de bien contrôler son patient.

Dr KETCH (de New-York).—On devrait examiner systématiquement les enfants des écoles.

RÉSECTION DE L'INTESTIN.

Le Dr SHEPHERD (de Montréal) rapporte un cas de résection de six pieds et demi d'intestin. Le patient, âgé de 28 ans, présentait une tumeur de l'abdomen qui remplissait toute la cavité et datait de plusieurs mois. Elle était unie, dure, facilement mobile et ne causait aucune gêne. Cette tumeur originait du mésentère et présentait des adhérences en bas et en avant. En ligaturant les artères qui s'y rendaient, l'iléon, sur une longueur de six pieds et demi, se trouva privé de sang. Il fallut enlever cette partie de l'intestin. L'hémorrhagie fut sévère. Le patient souffrit beaucoup du choc, mais prit le dessus et guérit. L'auteur le présente à l'association : il est en bonne santé.

CHIRURGIE DES VOIES BILIAIRES.

Dr FERGUSON.—Le traitement des calculs des voies biliaires et de la vésicule biliaire est devenu entièrement chirurgical, et l'opération doit être faite dès que le diagnostic est posé. L'auteur rapporte 46 observations personnelles, et en fait ressortir les points importants. Dans deux cas de flexion, il a remarqué des coliques et de la sensibilité. Le premier cas était compliqué par un lobe du foie en forme de languette qui devait avoir contribué à déplacer la vésicule biliaire en arrière et en bas. Le patient du second cas souffrait de coliques biliaires depuis six ans. Une tumeur apparaissait durant l'attaque, et disparaissait avec la douleur. Une cholécystotomie fut suivie de guérison. Dans un cas d'hydropisie de la vésicule, le diagnostic était compliqué par un rein flottant. Sur tous ces cas, le canal cystique était obstrué dans trois par des calculs, et dans un quatrième par du tissu fibreux. Dans les cas d'empyème de la vésicule, il y avait des frissons et de la fièvre. Dans un cas la température monta à 104. 2 F.; il y avait une tumeur, et le patient, trop faible pour être endormi, fut operé à la cocaïne Dans un autre cas le patient avait souffert de

coliques biliaires pendant cinq ans ; la vésicule contractée contenait plusieurs calculs, de même que le conduit cystique. Après plusieurs semaines, le malade eut une rechute et mourut ; on trouva à l'autopsie une inflammation marquée des conduits et des abcès multiples du foie. Deux cas de cancer primitifs de la vésicule furent traités sans succès. L'auteur fait voir plusieurs instruments qu'il a trouvés utiles, entre autres une seringue à embout obtus avec laquelle il injecte de l'eau dans le canal hépatique afin de s'assurer, par la sortie du liquide dans le duodénum, si le conduit est perméable ou non.

LES CALCULS DE L'URETÈRE.

Dr Jordan Lloyd (de Birmingham).—L'auteur a été frappé plusieurs fois, il y a une dizaine d'années, par l'absence de calculs dans le rein quand tous les symptômes indiquaient le contraire. Il pourrait citer des cas où l'on a enlevé des reins pour des calculs, et constaté ensuite qu'il n'y en avait pas. Il a trouvé que dans beaucoup de ces cas les symptômes sont dus à des calculs dans l'uretère. Il a opéré avec succès cinq ou six de ces cas. Ce qui a attiré son attention sur le sujet, c'est qu'ayant, un jour, fait une incision pour un calcul du rein, il n'en trouva pas, et le calcul fut rejeté six heures après. Un signe important c'est quand, lorsqu'on percute vivement le point douloureux, on produit chez le malade, que ce soit sur le rein, l'uretère ou la vessie, une douleur lancinante. Ce fait, ainsi que les paroxysmes, la néphralgie ou l'hématurie, indiquent fortement qu'il s'agit de l'uretère. Si le calcul est dans la partie inférieure de l'uretère on pourra peut-être le palper par le rectum ; s'il est localisé entre le col de la vessie et le bord du bassin, une incision antérieure exploratrice est justifiable si le symptôme est prononcé. Dans nombre de cas où l'obstruction de l'uretère était complète, le patient avait les symptômes de la rétention de l'urine : peau moite, pouls très rapide, température au-dessous de la normale, distension abdominale. Il s'agissait d'atteindre le calcul dans la partie inférieure de l'uretère l'auteur pratiquerait la cystotomie sus-pubienne, ouvrant la vessie. Lorsque le calcul serait localisé dans la poitrine moyenne de l'uretère, il ferait, après avoir établi le diagnostic, une incision latérale, et irait trouver le calcul sans pénétrer dans le péritoine. Dans un cas de calcul de la portion supérieure de l'uretère, il choisirait l'incision lombaire ordinaire. On trouve généralement le calcul dans les trois pouces inférieurs de l'uretère. Il est facile d'éliminer les calculs de la vessie.

Dr Keen.—Il rapporte un cas qui simulait l'appendicite. Il opéra, trouva l'appendice intact, et ne pensa que le lendemain à examiner l'uretère. Dix mois après il enlevait une pierre de la vessie. Il est enchanté de la communication du Dr Lloyd.

LIGATURE DES CAROTIDES.

Dr Browne (West Bromwick).—Il fait voir les photographies d'un cas d'anévrisme traumatique de l'artère maxillaire interne où il fut obligé de ligaturer la carotide commune.

Le Dr Lloyd a eu un cas semblable causé par un coup de fourche dans la joue. Il ligatura la carotide externe.

Dr Ashurst.—Il est très difficile de diagnostiquer quelle branche de l'artère est lésée, dans les cas semblables. Il est rare que la ligature de la carotide produise des symptômes cérébraux.

C'est aussi l'expérience du Dr Heath.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

LES BLESSURES DE L'ACCOUCHEMENT; CELLES D'AUTREFOIS ET CELLES D'AUJOURD'HUI.

(*Discours d'ouverture.*)

Dr W. Japp Sinclair (de Manchester).—Après un court préambule où il remercie l'Association de l'honneur qu'on lui a fait en le nommant président de la section d'obstétrique et de gynécologie, l'auteur dit que ce qui l'a engagé à choisir le présent sujet de son discours, c'est "la fréquence avec laquelle il est appelé, comme gynécologiste, a traiter des blessures produites par l'accouchement, et la conviction que dans plusieurs, sinon dans la majorité des cas, il ne lui a pas paru que leur production fut inévitable, tandis que dans un bon nombre il a eu la preuve évidente qu'elles faisaient suite à des interventions opératoires que les circonstances n'exigeaient pas." Et il entre de suite en matière en citant deux exemples.

Appelé l'année dernière auprès d'une jeune primipare très malade, rendue à la fin de la première semaine de son accouchement, que le médecin traitant disait avoir été normal du commencement à la fin, l'auteur constata une lacération profonde et large de la voûte du vagin; et ce n'est qu'après plusieurs questions que l'auteur apprit que ce médecin avait appliqué les forceps pour terminer l'accouchement plus vite, chose qui lui paraissait un détail insignifiant. L'enfant fut sauvé, mais la mère mourut.

Le second exemple est celui d'une jeune primipare, ayant toujours joui d'une bonne santé. A son premier accouchement, et malgré que le travail fut normal, son médecin appliqua les forceps six heures après le début des douleurs. La jeune femme entra peu de temps après à l'hôpital, ou l'auteur l'opéra pour un prolapsus de l'utérus, une lacération transverse du col et une déchirure complète du périnée.

Pour montrer la vérité du proverbe : La science marche, mais la sagesse retarde, l'auteur compare cette manière de faire avec la pratique suivie par les anciens accoucheurs qui, malgré leur prudence et leur sagesse, voyaient mourir des femmes dans un travail prolongé sans pouvoir intervenir. Depuis l'apparition du forceps, il y a 150 ans, la science obstétricale a accompli deux étapes: la découverte de l'anesthésie, il y a 50 ans, et l'emploi des antiseptiques depuis près d'un quart de siècle. L'auteur se demande si nous ne pourrions pas mieux employer encore ces ressources. "N'est-ce pas, dit-il, l'une des choses remarquables de l'histoire de la médecine, durant ce dernier quart de siècle, que le développement extraordinaire de la chirurgie gynécologique. La gynécologie est devenu surtout chirurgicale. L'obstétrique est devenue, pendant la même période, grandement chirurgicale, trop chirurgicale ; et la thèse que je veux soutenir aujourd'hui, c'est que la gynécologie n'est devenue tellement chirurgicale que comme résultat direct de l'intervention de la chirurgie dans la pratique des accouchements. Les accoucheurs sont les pourvoyeurs des gynécologistes. J'apprécie à sa valeur l'œuvre admirable des gynécologistes au sujet des tumeurs des organes sexuels, et je ne veux pas la décrier ; mais le gynécologiste doit à l'accoucheur son travail de tous les jours." Par chirurgie dans les accouchements l'auteur entend surtout l'emploi des forceps.

La mortalité des femmes en couches, en Angleterre, n'est pas diminuée malgré les progrès récents de la médecine. Et l'auteur pense que les dangers

qu'il signale sont dus en grande partie à la trop grande confiance créée par les méthodes nouvelles. Si, comme le dit Baudelocque, le forceps est l'instrument chirurgical le plus utile qui ait été inventé, il ne faut pas oublier qu'il est, de de tous nos puissants remèdes, celui que l'on doit employer avec le plus de circonspection, si l'on veut éviter des conséquences désastreuses.

" Si nous péchons, dit l'auteur, c'est en dépit de la plus brillante lumière. Si nous parcourons l'histoire de l'obstétrique durant les 150 dernières années, si nous consultons les anciens, et un grand nombre des nouveaux maîtres sur le sujet, nous constaterons que leurs opinions sont à peu près unanimes sur les indications qui doivent guider le praticien et limiter l'étendue de l'emploi de ce puissant remède. La pratique a subi depuis le commencement des changements et des modes, mais la théorie n'a jamais varié."

Le Dr Sinclair donne alors un résumé intéressant de la pratique de Smellie et de Robert Collins, et continue : " La blessure caractéristique de l'accouchement durant la première période — avant la découverte des anesthésiques — c'était la fistule vésico-vaginale, mais il n'y a aucun doute que l'emploi assez fréquent des instruments perforants et du crochet produisait des contusions et des déchirures, qui dans ces temps pré-antiseptiques, devaient augmenter considérablement la mortalité maternelle. La pratique erronée de " dilater les parties ", pratique qui, j'en ai peur, n'est pas encore une chose du passé, était aussi d'un usage si commun, qu'elle a dû causer beaucoup de mal. En produisant des nécroses partielles ou en diminuant la vitalité des tissus, elle a dû ouvrir la porte à l'invasion bactérienne avec toutes ses conséquences. La déchirure du périnée devait être, avec les générations antérieures comme aujourd'hui, parfois inévitable. Mais on paraît avoir apporté une attention spéciale à la prévenir. Denman même parle de la prévention de cet accident comme " de l'objet principal de notre attention pendant le travail naturel."

L'auteur parle brièvement de la seconde période, qui commence avec la découverte des anesthésiques et se termine à l'apparition des antiseptiques. " L'apparition de l'anesthésie, dit-il, n'amena pas grand changement dans la pratique de l'obstétrique. Le praticien pouvait épargner à la malade les plus douloureux tourments de l'accouchement, et par conséquent attendre avec facilité, dans le travail normal, la terminaison naturelle. Mais on trouva bientôt que l'anesthésie n'avait pas que des avantages. On constata que l'administration prolongée du chloroforme produisait l'inertie utérine, le travail lent et l'hémorrhagie post-partum. La lenteur du travail rendit " les commères mal à l'aise " et les praticiens les plus conservateurs furent trop souvent entraînés à appliquer le forceps. De fait, la réalisation que les dernières douleurs du travail et la douleur aiguë que l'application du forceps aurait autrement causée pouvaient s'adoucir par l'administration d'un anesthésique eut pratiquement pour effet d'étendre considérablement l'art obstétrical opératoire. Les déchirures du périnée devinrent plus fréquentes que sous l'ancienne pratique de l'attente, et comme alors la suture de ces déchirures était exceptionnelle, contrairement à ce qui se fait aujourd'hui, l'incontinence de l'urine, due à la nécrose vaginale, était remplacée par l'incontinence des matières fécales due à la déchirure complète du périnée. Les déchirures du col et du vagin, et leur relation avec la paramétrite passèrent soit inapperçues, soit incomprises jusqu'à ce qu'Emmet révéla leur importance au monde médical. Comme la pratique de la première période avait créé le matériel pour l'œuvre particulièrement bienfaisante de Marion Sims, les abus de la seconde période fournirent à Emmet l'opportunité qu'il eut le génie de reconnaître et d'utiliser."

La troisième période, celle des anesthésiques unis aux antiseptiques, date de 1870-73, ou un peu plus tard. C'est vers cette époque qu'apparurent ces triomphes de la chirurgie abdominale et pelvienne appliquée aux maladies des femmes dont les hommes de notre spécialité sont si fières. Les opérations en chirurgie générale prirent aussi une autre tournure, et nos étudiants, habitués

dans nos hôpitaux à l'audace avec lequelle le chirurgien moderne, s'appuyant sur les anesthésiques et les antiseptiques, traitait les tumeurs et les blessures chirurgicales, furent conduits, peut-être inconsciemment, par ce qu'ils avaient vu de chirurgie opératoire, à en appliquer les méthodes à la pratique des accouchements. L'on a peu combattu cette tendance par les préceptes et l'exemple. On n'enseigne pas à nos étudiants l'obstétrique et la gynécologie d'une manière suffisamment pratique; tandis qu'ils s'appliquent à la chirurgie, théorique et pratique, depuis leurs examens d'admission jusqu'à ce qu'ils aient obtenu leurs degrés. Ils apprennent la chirurgie qu'ils ne pratiqueront jamais, et ils pratiqueront les accouchements qu'ils n'ont pas appris."

L'auteur décrit ensuite le jeune praticien. "Le jeune praticien voit une femme souffrant des douleurs du travail; il peut les soulager par les anesthésiques; le travail normal est un processus qui demande du temps; le praticien n'aime pas à attendre, et il a une instrumentation avec laquelle il peut abréger le travail normal: il sait qu'il peut faire des blessures, mais elles sont insignifiantes à ses yeux comparées à celles qu'il a l'habitude de voir traiter avec succès par le chirurgien à l'aide des moyens antiseptiques, et l'on peut toujours suturer une déchirure quand elle paraît avoir une importance suffisante. Pourquoi, alors, laisserait-il souffrir sa malade et perdrait-il son propre temps? Il n'a pas assez de pratique gynécologique pour saisir la gravité d'une déchirure du col, ou du vagin, ou d'un prolapsus de l'utérus, c'est-à-dire pour apprécier les conséquences éloignées de son intervention mal inspirée. Plus que cela, bien qu'il ait pu assister au nombre réglementaire d'accouchements exigés par son université, il a eu très peu d'instruction directe pratique et d'exemples; il est peut-être incapable de faire le diagnostic d'une présentation, aussi doit-il se fier simplement à la force; il a vu peu ou rien de l'état puerpéral, aussi n'est-il pas en état d'apprécier le danger pour sa malade ou de prévoir même les effets immédiats de l'art obstétrical opératoire."

Développant toujours sa thèse, le Dr Sinclair admet qu'avant de juger si ce genre de pratique est raisonnable, ou inévitable, ou digne de louange, ou le contraire de tout cela, nous devons trouver le critérium de la bonne pratique. Dans ce but, il donne aux membres de la section les statistiques de deux années de pratique à l'hôpital de la maternité de Manchester. Il est évident d'après ces chiffres que les délivrances par le forceps parmi les malades hospitalisées sont comparativement dans une proportion élevée, car il est entendu que les lits de l'hôpital sont réservés aux cas difficiles et dangereux; c'est ainsi qu'une large proportion des femmes admises ont une histoire antérieure de travail laborieux et d'intervention opératoire. La proportion des délivrances par le forceps chez ces femmes hospitalisées est presque exactement de 9 pour cent, et aucune femme ne mourut après l'emploi du forceps. On peut considérer la proportion des délivrances par le forceps chez les patientes à domicile confiées aux accoucheuses comme représentant les exigences normales de la communauté! "Eh bien, dit le Dr Sinclair, sur 2,049 délivrances chez des patientes à domiciles, les médecins ont appliqué les forceps vingt-neuf fois; c'est aussi exactement que possible 1.4 pour cent. J'ai déjà attiré votre attention sur ce fait que, dans le même centre de population, mais parmi la classe qui peut se payer les soins d'un médecin, la proportion des délivrances par le forceps est de 25 à 30 pour cent. Un contraste aussi remarquable fournit certainement matière à réflexion et demande à être expliqué."

Le Dr Sinclair conclut en citant des statistiques européennes pour soutenir sa thèse que la délivrance par les forceps est aujourd'hui beaucoup trop fréquente.

LES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE.

Dr Temple (de Toronto).—Les théories nombreuses qu'on a données n'ont guère éclairé la vraie nature et la cause du vomissement. Cette comp

cation est plus souvent fatale que les auteurs ne l'admettent, et si l'on peut regarder les vomissements ordinaires de la grossesse comme physiologiques, un état pathologique quelconque accompagne certainement la forme pernicieuse. Les opinions sur sa fréquence varient beaucoup, et aussi sur le mode de traitement à suivre. Il n'y a aucun doute que la race, l'état social et le tempérament établissent une prédisposition puissante.

Dr Giles (de Londres).—Il a étudié les causes des vomissements ordinaires de la grossesse afin de mieux comprendre la forme pernicieuse. Les deux formes pour lui sont dues à la mise en action exagérée de l'un ou l'autre des trois facteurs suivants: 1o La tension nerveuse exagérée de la grossesse; 2o Une source d'irritation périphérique : l'utérus dilaté ; 3o Une voie facile de décharge pour le trouble nerveux : le nerf vague. Le traitement doit s'adresser tout d'abord aux parties mises en causes.

Dr Gardner (de Montréal.)—Dans certains cas, de jeunes femmes en parfaite santé, dès qu'elles deviennent enceintes, ou quelques semaines après, présentent des symptômes de vomissements qui deviennent rapidement sérieux. La patiente guérit rapidement dès que l'utérus est vidé. On a une tendance à retarder trop longtemps cette opération.

Dr. Skene (de Brooklyn.)—Le vomissement n'est jamais sérieux tant qu'il demeure fonctionnel. Le traitement sera basé sur les complications présentes.

Dr Hanks (de New-York.)—Les deux principales indications sont de calmer l'irritabilité nerveuse par le repos au lit et les sédatifs, et de nourrir la patiente d'une manière raisonnée, par la bouche ou le rectum. On devra corriger tout état anormal local qui pourrait exister.

Dr Jewett (de Brooklyn).—Les injections rectales de chloral lui ont rendu service, de même que la cocaïne appliquée localement dans le vagin ou le col.

Dr Cameron (de Montréal).—L'irritabilité centrale demande les sédatifs nerveux ; on doit aussi enrayer l'action des irritants périphériques, mais peut-être n'a-t-on pas suffisamment remarqué que le traitement local rend moins facile le chemin de décharge. Kaltenbach classe la maladie avec l'hystérie et emploie l'hypnotisme. Avant d'intervenir avec la grossesse, il faut établir que la maladie est bien devenue incontrôlable, et n'est pas seulement incontrôlée ; mais il vaut mieux opérer trop vite que trop tard.

DIAGNOCTIC DES MALADIES PELVIENNES TUBERCULEUSES.

Dr Ross (de Toronto).—On n'a pas à s'étonner que le péritoine devienne le siège de tubercules quand on remarque la fréquence avec laquelle la plèvre est prise. La porte d'entrée peut être dans l'intestin, après l'ingestion de lait. L'autre porte d'entrée est en bas. Si le tubercule envahissait la cavité par le rectum, les intestins ou la vessie, on trouverait le tubercule présent dans ces organes. Si la contamination a lieu par le vagin, l'utérus ou les trompes, ces organes devraient être affectés; cependant c'est l'exception, et non la règle.

L'auteur rapporte ensuite plusieurs cas.

Chez une fille de 23 ans, bien réglée, la menstruation s'arrête pendant deux mois puis s'établit avec profusion pour trois semaines. Après une semaine de repos elle s'établit de nouveau. La patiente, très émaciée, présente un peu de leucorrhée. Il y a pas mal de douleur, par intervalle, dans le bas de l'abdomen. Les parents de la malade sont morts de phtisie. La marche de la température est caractéristique d'une salpingite avec pelvi-péritonite. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve l'ovaire gauche kystique, l'omentum congestionné et des traces de péritonite aiguë. Les ovaires et les trompes sont bourrées de tubercules. Les tubes sont épaissis. Aucun nodule dans l'intestin ou l'omentum. La surface postérieure du ligament large est couverte de petits nodules. Les ovaires et les trompes sont enlevés. La malade s'est mariée depuis et jouit d'une santé satisfaisante. L'auteur ne croit pas que le tubercule ait été

causé par des bacilles introduits par le vagin. La maladie affecte plus fréquemment les vierges. Il est remarquable cependant de constater que la tuberculose abdominale est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

L'auteur rapporte ensuite un cas d'ulcère tuberculeux du péritoine. La malade est mariée depuis sept ans; le dernier enfant a trois ans Elle se plaint d'une douleur dans le bassin et d'un relâchement intestinal. Il y a une surface sensible à mi-chemin entre l'ombilic et la crête de l'iliaque, du côté gauche. Température élevée. L'ouverture de l'abdomen révèle du côté gauche, sur le ligament utéro-sacré, une surface noduleuse cruentée. Le mésosalpinx droit est bourré de nodules. On ne fit rien de plus. La température continue à 102. La patiente souffre encore autant.

L'auteur rapporte un second cas semblable à celui-ci, où l'ovaire était bourré de nodules rappelant le sago. L'incision exploratrice, dit-il, sera nécessaire comme moyen de diagnostic tant que les symptômes produits par la maladie ne seront pas mieux compris. On peut confondre cet état avec trois autres : salpingite non tuberculeuse, névralgie hystérique, et pelvi-péritonite subaiguë due à des tumeurs ovariennes ou utérines.

Les autres salpingites sont dues à l'infection après l'avortement, à l'infection du vagin par la gonorrhée. Une recherche minutieuse localisera la maladie. Le thermomètre servira à séparer la maladie de l'hystérie, et si la température monte et les symptômes ne s'améliorent pas, on devra faire une laparotomie exploratrice.

D'après l'expérience limitée qu'il possède de la tuberculose primitive des trompes, des ovaires et du péritoine du petit bassin, l'auteur croit qu'il est sage d'enlever les trompes et les ovaires dans ces cas-là, et cela dès que le péritoine du voisinage est reconnu affecté, et même lorsque les annexes paraissent sains.

La Variole à Montréal.

NOTIFICATION RÉCIPROQUE DES CONSEILS D'HYGIÈNE DE L'AMÉRIQUE DU NORD.

14e RAPPORT (a)

Montréal, 6 Octobre 1897.

Aux Secrétaires des Conseils d'Hygiène d'Etat et de Province.

L'état actuel de la variole dans la Province est le suivant :

COMTÉ.	MUNICIPALITÉ.	Population.	Date de l'éclosion.	Nouveaux cas depuis le dernier rapport.	Cas depuis l'éclosion.	Morts.	Guéris	Encore malades.	Maisons infectées depuis l'éclosion.	Maisons encore infectées.
.....	Ville de Montréal.	240,000	2 juillet	1 (b)	17	9	3	5 (c)	12	0*
Hoch.	Westmount.....	6,000	26 juillet	0	5	1	4	0	2	0
do	Ste Cunégonde...	8,000	27 août	0	1			1 (d)	1	0*

(a) Date du dernier rapport : 1er octobre. (b) Dans une nouvelle maison; la relation avec les cas précédents n'est pas établie. (c) Dont 4 sont à la période de desquamation. (d) A la période de desquamation.

A vous respectueusement,

ELZÉAR PELLETIER,

Secrétaire du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

* Excepté l'Hôpital Civique.

HYGIÈNE.

LES PROGRÈS DE L'HYGIÈNE AU CANADA.

Le Dr E. P. LACHAPELLE (de Montréal), président, fait un discours d'ouverture sur *Les progrès de l'hygiène au Canada* (voir page 530). (1)

LES RÈGLEMENTS MUNICIPAUX CONCERNANT LA COQUELUCHE, LA ROUGEOLE, LA TUBERCULOSE ET LA LÈPRE.

Le Dr BRYCE, du Conseil d'Hygiène de la province d'Ontario, ouvre la discussion sur le sujet suivant : Jusqu'où doivent aller les mesures prescrites contre 1° la rougeole; 2° la coqueluche ; 3° la tuberculose ; 4° la lèpre. Après avoir cité des statistiques, le Dr Bryce conseille la fermeture des écoles quand la scarlatine et la rougeole sont à l'état épidémique. Il parle au long de l'emploi des cartes d'avis et de l'isolement. Il est en faveur des mesures compulsoires et du transport à bonne heure à l'hôpital des cas de rougeole et de scarlatine. Le contrôle des écoles pourrait s'établir comme suit : 1° Notification journalière par les autorités scolaires de toutes les absences ; 2° Examen immédiat de tout absent rapporté malade; 3° Notification par le maître de tout nouveau cas de maladie survenu à l'école, et isolement de ce cas; 4° Notification compulsoire par les chefs de maison ; 5° Isolement des demeures par les placards ; 6° Désinfection de la maison; 7° Clôture des écoles en dernier ressort.

Aux Etats-Unis, la lèpre a causé seize morts. Au Canada, la maladie ne paraît pas avoir d'importance. L'auteur connaît le lazaret de Tracadie. Si la maladie est contagieuse, l'isolement s'impose.

Pour ce qui regarde l'isolement dans la tuberculose, le danger vient des bacilles, qui peuvent vivre une année. On devrait désinfecter les maisons occupées par les consomptifs. La tuberculose est une maladie contagieuse, et il est nécessaire de prendre beaucoup de soin. Les crachats doivent être désinfectés.

Le Dr PROBST, secrétaire du Conseil d'Hygiène d'Ohio, croit que lorsqu'il est question de plans pour la prophylaxie de la tuberculose, il faut tenir compte du danger de l'infection animale, surtout par le lait infecté. Dans les troupeaux de vaches, les vaches malades doivent être séparées des vaches saines. Les veaux nés de vaches malades devraient être tenus à part et nourris de lait sain. La mauvaise ventilation des étables est responsable en grande partie de la maladie parmi le bétail.

L'auteur base la prophylaxie de la tuberculose sur la notification des cas, la désinfection, l'isolement des malades dans des hôpitaux spéciaux, et l'inspection des vaches laitières au moyen de la tuberculine.

On devrait exiger un espace d'air plus considérable dans les maisons et les boutiques d'ouvriers.

Le Dr HANDFORD, de Nothingham, dit qu'en Angleterre de nouvelles lois sur ces sujets ne sont pas nécessaires ; mais il faudrait un ministre de la Santé Publique. De nombreux progrès restent à faire en hygiène sanitaire. Pour ce qui s'agit des règlements à prescrire, la contrainte, en Angleterre, n'a pas réussi. Il faut faire l'éducation du peuple et gagner sa confiance. Et sur ce sujet, l'éducation du riche est aussi nécessaire que celle du pauvre. A Nothingham, jamais un cas de scarlatine n'a été transporté à l'hôpital sur un ordre du

(1) Il s'est glissé dans ce travail une erreur de date due à une faute typographique. Le Conseil d'Hygiène de la province de Québec a été fondé en 1886, et non pas en 1896.

juge. L'expérience de huit à dix années a fait que 90 pour cent des cas de scarlatine sont aujourd'hui amenés volontairement à l'hôpital.

Quand il s'agit d'éducation et de persuasion, le médecin praticien peut faire plus encore que l'officier de santé.

Les mesures compulsoires doivent être réservées pour la surveillance du lait.

Le Dr ALDWRIGHT, de Toronto, croit que l'éducation et la persuasion doivent être complétées par la contrainte.

Les chambres habitées par des tuberculeux dans les places de santé devraient être désinfectées avec plus de soin. On devrait aussi laver plus souvent les tapis des chars dortoirs.

Le Dr DUNCAN, de Glascow, ne croit pas qu'il soit possible de rendre efficaces des mesures compulsoires concernant la rougeole et la coqueluche, mais certaines mesures contre la tuberculose lui paraissent pratiquables : une ample provision d'air pur et la notification en cas de mort.

DE L'UTILITÉ DES QUARANTAINES.

Le Dr MONTIZAMBERT, surintendant général des quarantaines du Canada, ouvre la discussion sur l'utilité des quarantaines telles qu'organisées aujourd'hui, du moins dans certains pays.

L'auteur fait d'abord voir qu'un système de quarantaine, pour être efficace, doit être double, et que la protection des frontières doit se compléter par la protection de l'intérieur. Ni l'une ni l'autre ne peut être suffisante par elle seule. La sécurité amenée par la protection des points d'entrée ne doit pas faire négliger l'assainissement des villes, des villages et du territoire.

" A cause de la longue période d'incubation de certaines maladies contagieuses, et de la rapidité du transport sur certaines lignes, il peut arriver, de temps à autre, que des cas accidentels de maladies infectieuses à la période d'incubation, que des germes de maladies cachés dans des vêtements ou des marchandises non suspects, franchissent la quarantaine la mieux organisée. Ceci ne pourrait être évité complètement qu'avec une telle détention habituelle des vaisseaux et des passagers au port d'arrivée, une telle désinfection habituelle de tout vêtement ou marchandise venant du dehors, un tel dérangement apporté en conséquence au traffic et au transport des voyageurs, que ce serait ni justifiable ni possible. On ne doit pas s'attendre à ce que les quarantaines fassent l'impossible ; encore moins doivent-elles être une excuse pour ne rien faire à l'intérieur.

" Mais, ceci admis, on doit certainement compter sur elles pour contrôler les cas déclarés de maladies contagieuses, les vaisseaux et les effets infectés, ou ceux qui paraissent seulement suspects. De cette manière, elles maintiennent au dehors et exemptent au pays un pourcentage très grand de maladies exotiques qui nous menacent de temps à autre. Et elles accomplissent ainsi une œuvre considérable et précieuse."

Cette œuvre est peu connue et peu appréciée du public, et cela à cause de son efficacité même. Un germe sur mille de maladie infectieuse vient-il à franchir une quarantaine malgré toute la surveillance possible, et fait-il éclater la maladie à l'intérieur, tout le monde s'étonne et jette les hauts cris, et personne ne songe au 999 autres germes étouffés tranquillement au passage.

Les règlements de quarantaine au Canada sont basés sur les principes gén. raux modernes suivis en Angleterre, avec certaines modifications destinées rencontrer les besoins spéciaux du pays. Nos règlements sont basés sur l principes suivants : inspection immédiate, et, si c'est nécessaire, désinfectio prompte et isolement, avec notification à terre précédant les passagers. O évite ainsi la vieille routine de tenir en quarantaine des vaisseaux indemnes, le nom seul est resté.

Ainsi que l'ont fait voir les rapports des délégués anglais aux Conférences Sanitaires Internationales de Dresde (1893) et de Venise (1896), nos règlements diffèrent en trois points des pratiques suivies dans la Grande Bretagne, et cela à cause des conditions différentes dans lesquelles se trouve ce pays nouveau et très étendu.

Ainsi les personnes qui arrivent à nos quarantaines sur un vaisseau infecté peuvent être tenues sous " observation " durant le temps reconnu de la période d'incubation de la maladie dont il s'agit, en comptant de la dernière date possible de la contagion. En Angleterre, cette observation au point d'arrivée est remplacée par la " surveillance " au point de destination. Mais en Angleterre, la superficie du territoire est peu considérable, les ports sont nombreux, les voyages rapides et fréquents, les communications aisées, l'organisation sanitaire très complète. Au Canada, nous n'avons que quatre ports d'entrée ; les navires venant d'Asie ont été jusqu'à trois semaines en mer ; les voyageurs, rendus à terre, mettront parfois jusqu'à six jours à se rendre à destination ; il seront, grâce à la disposition intérieure de nos wagons de chemins de fer, en contact avec un grand nombre de voyageurs. La surveillance, pour nous, n'est donc guère possible, et la tenue des voyageurs suspects en observation à la quarantaine doit faire partie de notre organisation sanitaire.

En Angleterre, rien de ce qui vient par la poste, excepté les paquets, n'est désinfecté. Au Canada, la désinfection des courriers est non seulement permise, mais elle est encore souvent jugée nécessaire. C'est ainsi que les courriers venant de Chine, en temps d'épidémie, sont désinfectés avant d'être distribués dans les quartiers chinois des villes de la Colombie Anglaise.

Enfin, les règlements sanitaires concernant les ports de la Grande Bretagne appliquent le mot *infectés* seulement aux navires ayant à bord le choléra, la fièvre jaune ou la peste. D'après les règlements canadiens, tout cas de maladie infectieuse, de quelque gravité qu'il soit, peut être retenu à la quarantaine, afin d'empêcher la formation au pays d'un nouveau foyer d'infection. L'arrivée de toute espèce de maladie infectieuse est signalée à terre par nos quarantaines du littoral. En Angleterre un vaisseau portant à bord de la variole, par exemple, n'est pas considéré comme infecté ; et cependant la Loi de vaccination compulsoire n'a pas encore immunisé le peuple anglais, si l'on en juge par la récente épidémie de Gloucester.

Tels sont les seuls points où nos règlements de quarantaine diffèrent de ceux de l'Angleterre. Ces divergences sont nécessitées par les conditions différentes du pays.

Pour le reste, nous comptons sur l'inspection, la désinfection prompte, l'isolement et la notification à terre. Ces règlements visent à obtenir le maximum de protection pour la santé publique et le minimun d'intervention dans la circulation des passagers et des marchandises.

Nos règlements concernant les ports secondaires et les frontières peuvent être étendus à l'occasion. Nous comptons beaucoup, pour la protection de notre frontière sud, sur l'excellente organisation des quarantaines aux Etats-Unis.

L'organisation des quarantaines du Canada, telle qu'elle existe aujourd'hui, est sans conteste de la plus grande utilité au pays.

Le Dr Wyman, chef du Marine Hospital Service et surintendant des quarantaines aux Etats-Unis, décrit l'organisation des quarantaines américaines, et les relations à ce sujet entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des Etats.

Le Dr Duncan, secrétaire du Conseil d'Hygiène de la Colombie Anglaise, fait un rapport sur l'utilité des quarantaines sur la côte du Pacifique. Il voudrait que dans les ports de Chine, les immigrants chinois soient désinfectés avec leur bagage, vaccinés et tenus 14 jours en quarantaine avant de s'embarquer.

Le Dr Kaye, de West-Riding, Yorkshire, dit qu'en Angleterre on ne se

fie pas aux quarantaines, mais l'on s'en rapporte à la notification compulsoire et à la surveillance des autorités à l'intérieur.

Le Dr COPEMAN, de Londres, raconte comment le Local Government Board fit, en 1893, l'inspection sanitaire des côtes d'Angleterre, et décida, comme résultat de cette inspection de supprimer les quarantaines. Cette action a donné les meilleurs résultats.

Le Dr LITTLEJOHN, d'Edimbourg, trouve que la différence entre les systèmes anglais et canadien est parfaitement justifiée par les circonstances, qui sont différentes.

Le Dr FORMENTO dit qu'à la Nouvelle-Orléans les quarantaines ont fait disparaître la fièvre jaune.

Dr NELSON. Il en est de même à New-York.

DISPOSITION DES MATIÈRES D'ÉGOUTS.

M. GEO. JANIN, I. C, autrefois du corps des Ponts et Chaussées de France, et maintenant à Montréal, présente une étude sur les méthodes de disposition des matières d'égout. Il les divise en procédés de décantation, procédés mécaniques et procédés chimiques, et fait ressortir les objections qui existent dans chaque cas. La méthode à recommander est celle de l'épuration par le sol dans les conditions suivantes : 1° Choisir un terrain suffisamment poreux pour que l'eau le traverse facilement et l'air le pénètre assez pour faciliter la combustion des matières organiques. 2° Fixer la durée de l'arrosage et la quantité de matières d'égouts à déposer pour assurer une bonne épuration. 3° Etablir un drainage au dessous si c'est nécessaire.

On discute ensuite le travail de M. Janin, et tout le monde paraît en accepter les conclusions, en faisant des réserves sur le prix du terrain, qui peut rendre l'épuration par le sol impossible.

Le Dr BRYCE, du Conseil d'Hygiène d'Ontario, décrit la manière dont on a appliqué ce système à l'Asile provincial de London, Ont.

Certains membres se demandent comment le système peut réussir avec le climat de l'hiver canadien, mais on fait remarquer que ce système a donné des résultats satisfaisants à Dantzic, situé dans une région très froide.

Le Dr BRYCE dit qu'à London (Canada) l'hiver n'a causé aucune difficulté.

Par contre, dit le Dr NEECH, on a trouvé, à Atherton, Lancashire, ce système de disposition des matières d'égouts moins efficace en hiver.

FILTRATION MÉCANIQUE DE L'EAU.

Le Dr MACKENZIE, bactériologiste du Conseil provincial d'Hygiène d'Ontario, donne une communication sur les résultats donnés par les appareils de filtration mécanique dans Ontario.

Dans la discussion qui suit, plusieurs orateurs mentionnent le coût élevé de l'alun dans la filtration mécanique.

Les Drs BRYCE et CARR (Braintree) font ressortir la valeur, dans la filtration, de la mince couche mucoïde qui se forme à la surface.

Le Dr PROBST (Ohio) donne les statistiques de l'usage d'un appareil de filtration mécanique dans la ville de Loraine, statistiques qui démontrent que le pouvoir bactéricide s'élève en proportion de la quantité d'alun employée.

Le Dr LEE, de Philadelphie, rapporte que la ville de Wilkesbarre n'a p pu employer l'un des plus grands appareils de filtration mécanique que l'on a aux Etats-Unis à cause du coût trop élevé de l'alun nécessaire.

L'ISOLEMENT DANS LA DIPHTÉRIE.

Le Dr WESBROOK, directeur du laboratoire bactériologique du Conse d'Hygiène de l'Etat du Minnesota, rapporte le résultat des recherches qu'il

entreprises, avec les Drs WILSON, MACDANIEL et ADAIR, sur les conditions où se trouve une institution de l'Etat quand la diphtérie y est endémique. Des enfants en parfaite santé donnèrent des cultures caractéristiques du bacille de la diphtérie, et dans certains cas le bacille fut trouvé plusieurs mois après la convalescence, six mois dans un cas. Il arriva à la conclusion que le temps habituel de la quarantaine est absolument trop court, et il suggère, quand on le jugera à propos et qu'il sera facile de le faire :

1° Que l'on examine la gorge des gens qui ont été en contact avec des diphtéritiques, et qu'on les mette en quarantaine, lorsque l'on trouve des bacilles, jusqu'à ce qu'il n'y en ait plus.

2° Que la gorge des diphtéritiques, et de ceux qui ont été en contact avec eux, ne soit regardée comme indemne de tout bacille diphtérique pur ou modifié qu'après deux examens négatifs.

3° Que les diphtéritiques, surtout lorsqu'ils sont convalescents, soient isolés chacun dans une chambre séparée.

Durant la discussion qui suivit, les Drs ALDWRIGHT (de Toronto), LITTLEJOHN (d'Edimbourg) et d'autres firent ressortir la difficulté d'appliquer ces recommandations d'une manière pratique. Le Dr WESBROOK répondit que le bactériologiste rencontrait aussi ses propres difficultés, mais qu'on ne pouvait s'attendre à ce qu'il résolve celles que le praticien rencontre dans la mise en pratique de ses conclusions. L'épreuve bactériologique de la diphtérie, si elle prolonge dans certains cas la quarantaine plus qu'avec les anciennes méthodes cliniques, permet aussi dans d'autres cas au malade d'être libre après huit ou dix jours.

DÉSINFECTION DES CHAMBRES PAR LA FORMALINE.

Le Dr WYATT JOHNSON, bactériologiste du Conseil d'Hygiène de la province de Québec, a lu un travail important sur la désinfection des chambres par la formaline que nous publierons dans notre prochaine livraison.

On devrait employer plus souvent l'épreuve bactériologique, afin de constater exactement ce qui se passe dans la désinfection ordinaire des chambres. On s'est servi avec succès, au Conseil d'Hygiène de la province de Québec, d'un arrangement par lequel des objets d'épreuve, contaminés avec des staphylocoques, sont placés dans des sacs de mousseline de couleur différente, correspondant à la position dans laquelle on les place.

L'emploi, pour la fumigation par la formaldélyde, de quantités considérables, telles qu'une livre de formaline pour 1,000 pieds cubes, formaline obtenue par pression d'une solution de chlorure de chaux, a donné les meilleurs résultats. La pénétration ne s'obtient que dans un espace clos. L'avantage d'une chambre de vacuum n'est pas comparable au bénéfice du vacuum dans la désinfection par la vapeur. La fumigation dans une armoire donne une pénétration suffisante.

En cherchant une chambre de désinfection *portative*, l'auteur a obtenu de bons résultats de l'usage d'un dais ou d'une tente, ce qui permet aux vapeurs d'attendre les marchandises qui demandent le traitement le plus énergique. L'auteur a aussi essayé d'établir une chambre à l'aide d'un sac, mais n'a pas encore terminé l'épreuve. Il emploierait ce sac pour y projeter la vapeur de formaldélyde, ou pour y placer les objets après les avoir humecté légèrement avec des solutions de formaldéhyde.

Le coût relatif des solutions désinfectantes classiques, à force égale, est le suivant :

	PAR LITRE.
Acide carbolique	7 centins.
Sublimé corrosif	¼ centin.
Formaline	½ centin.

PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

LES IDÉES PASSÉES ET PRÉSENTES SUR L'ACTION DES MÉDICAMENTS.

Dr Leech, de Manchester, (discours d'ouverture).—L'auteur commence son discours par un résumé des idées prévalantes durant les soixante dernières années sur l'action des médicaments. Il cite Pereira, Headland, Brodie et d'autres, puis il esquisse les progrès de la pharmacologie durant la même période. Il ajoute : " La connaissance de la manière par laquelle les médicaments enlèvent la cause de la maladie ou corrigent ses résultats avait certainement beaucoup augmentée, de même que notre pouvoir de diminuer la souffrance ; mais il fallait quelque chose de plus. Nous ne pouvions pas combattre les mauvais effets de la maladie à tous les points d'attaque principaux, et par conséquent la possibilité d'en enrayer les effets se trouvait fort limitée. L'on n'arrivait pas à découvrir des substances capables de combattre d'une manière générale les dérangements fonctionnels et les altérations pathologiques qui caractérisent les diverses formes de maladie. On ne trouvait aucun médicament qui agît comme le mercure dans la syphilis, et le mode d'action de ce médicament, comme celui de beaucoup d'autres, n'est pas encore défini. Mais tout récemment, grâce aux recherches des pathologistes et des physiologistes, la lumière s'est faite. Les découvertes au sujet du pouvoir curatif de certaines substances animales, comme la glande thyroïde, et au sujet des toxines et des antitoxines, ouvrent une nouvelle voie en thérapeutique. Jusqu'à quel point ces découvertes modifient-elles les idées déjà existantes concernant l'action et l'emploi des médicaments ? On a émis, sur ce sujet, des vues audacieuses. Le Dr Saundby, par exemple, considère, bien que les découvertes récentes sur les organismes pathogènes et leurs produits nous ouvrent en thérapeutique un nouvel avenir, que le système de pharmacologie est à la veille de tomber dans les limbes de l'oubli, et le professeur Behring, de Marbourg, croit qu'à la lumière de la sérothérapie, toutes nos idées anciennes doivent s'évanouir. La pathologie cellulaire, dit-il, ne se prête pas à la thérapeutique ; on traitera en vain les organes affectés. Seul, si l'on en croit le résumé du travail lu par ce savant au récent " *Congress für Innere Medicin* " tenu à Berlin, le traitement par le sérum est efficace. Si les idées de Behring sur la nature de ce traitement sont correctes, son étude dépasse presque les limites de la pharmacologie, car il affirme que l'antitoxine n'est pas un composé chimique défini, mais une qualité, inhérente à certaines substances albumineuses comme le magnétisme est inhérent à l'oxide magnétique de fer. Si les antitoxines sont des pouvoirs, et non pas des substances, nous sommes entraînés dans un monde nouveau où la pharmacologie, telle qu'on la comprend aujourd'hui, n'a plus sa place.

" Il semble peu vraisemblable que les vues du défenseur enthousiaste de la sérothérapie aient quelque réelle fondation, et comme j'ignore sur quel raisonnement elles sont appuyées, je ne les discuterai pas. Les toxines altèrent les fonctions des divers organes comme les autres agents pharmaceutiques. Elles ont une action physiologique définie, et l'on n'a aucune raison de croire qu'elles agissent sur les tissus d'une manière totalement différente des autres agents médicamenteux. Il est vrai qu'elles ont un pouvoir pour produire l'immunisation plus marqué que celui de tout autre médicament. Il est impossible de dire si, sur ce point, elles agissent comme les médicaments ordinaires, mais l'on peut à peine douter qu'elles ne produisent leurs effets d'une manière identique, sinon semblable.

" Les toxines ont une autre propriété qu'on n'a pas rencontrée souvent dans les médicaments employés jusqu'ici. Elles amènent la production des antitoxines. Comment? nous n'en savons rien. Le protoplasma a la propriété d'altérer les substances qui viennent en contact avec lui, et l'on peut facilement imaginer que la toxine est convertie, par une influence chimique subtile, en une substance tout à fait antagoniste dans ses propriétés physiologiques. Mais il paraît beaucoup plus probable encore que les antitoxines sont produites par le protoplasma lui-même, influencé par l'action de la toxine sur lui. On a montré que le sérum du sang contient une substance bactéricide, et Hankin a rappelé, il y a déjà plusieurs années, que le sang de certains animaux contient, normalement, une certaine " protéïde défensive " que Buchner a appelé subséquemment alexine et qui est pratiquement une antitoxine. Si le protoplasma des cellules possède ainsi la propriété de produire normalement une telle substance défensive, il n'est pas difficile de penser que, sous l'influence de certaines toxines, il produit des antitoxines spéciales.

" Bien que nous n'ayons aucune preuve, autant que je puis savoir, qu'aucun des médicaments d'usage ancien ait produit des antitoxines, on a raison de croire que certains albuminoïdes végétaux peuvent le faire. Ehrlich affirme que la ricine et l'abrine, toxalbumines dérivées de l'huile de ricin et des semences de jéquirity, non seulement produisent l'immunité, mais forment dans le sang une antitoxine qui met à l'abri de l'influence toxique de ces deux substances.

" Le mode d'action des antitoxines est encore obscur. Il est possible qu'elles détruisent dans une certaine mesure les micro-organismes qui produisent la maladie, comme agit probablement la quinine dans la malaria, mais il semble qu'elles exercent leur action spéciale en contrecarrant l'effet des toxines que ces organismes sécrètent, et elles diffèrent des anciens médicaments en exerçant une action plus générale et plus rapide. On dirait qu'elles annulent les toxines à tous les points essentiels à la fois, plutôt que de contrebalancer leurs effets sur un ou deux points seulement. On a de bonnes raisons de croire que la toxine et l'antitoxine ne se neutralisent pas l'une l'autre comme le ferait un acide d'un alcalin. Du moins, Calmette a montré que la neutralisation ne se produit pas entre les venins et les antivenins, dont l'action se rapproche beaucoup des toxines et des antitoxines, car il a trouvé que, si l'on soumet un mélange de venin et d'antivenin, mélange qui n'est pas toxique à cause de l'action antagoniste des deux substances, à une température de 68° F., le pouvoir de l'antivenin est détruit, mais non celui du venin, qui peut alors exercer son influence toxique. Il est probable que l'antitoxine agit sur les molécules du protoplasma d'une certaine manière et empêche la toxine d'exercer son influence ordinaire."

Le Dr Leech termine son discours en exposant le programme des travaux de la section.

LE TRAITEMENT DE L'INSOMNIE.

Le Dr Clarke (de Kingston) ouvre la discussion sur le sujet, et parle d'abord de la physiologie du sommeil. L'anémie cérébrale, la dilatation vasculaire de la peau, la diminution de la pression sanguine sont les conditions ordinaires du sommeil. Sée classe l'insomnie en cérébrale, spinale et psychique. Le manque de sommeil tue plus rapidement que l'inanition. Dans le traitement, les médicaments ne doivent venir qu'en dernier lieu. Essayez le bain chaud, 104° F., avec du froid sur la tête. Les patients quelquefois s'endorment dans le bain. Le lait chaud et le bain de soleil sont bons, de même que la bière chaude le soir. La strychnine et la digitale sont souvent efficaces dans l'insomnie des neurasthéniques. Lorsque l'insomnie est produite par la douleur, la morphine est inévitable.

Le prof. Richet (de Paris) parle des hypnotiques en général et de la chloralose en particulier, et illustre ses remarques par des schémas sur le tableau

noir. Il ne croit pas que le changement de la pression du sang soit la base de la production du sommeil. En étudiant la chloralose, il a constaté que ce corps ne produit pas une détente, mais plutôt une strychninisation de la moëlle : le cerveau peut être congestionné. On peut prescrire le médicament, dans les affections du cœur, à la dose maximum de six grains. Il peut survenir de légers soubresauts convulsifs, mais il n'y a aucun danger. Dans un cas, une malade, une femme, prit volontairement soixante grains ; il y eut un sommeil profond, et des soubresauts comme dans un cas de strychnine. En trente six heures la guérison était complète. Le prof. Richet accorde la préférence à la chloralose.

Le Dr MacAlister (de Cambridge) rapporte son expérience avec les étudiants. Les causes de l'insomnie sont surtout le surménage et l'anxiété au sujet des examens. Il rejette les hypnotiques et réussit dans la plupart des cas. Il conseil d'abord un bain froid, pour l'un ou l'autre sexe, puis une marche dans la chambre, sans s'habiller, jusqu'à ce que l'on ait froid, et si cela ne suffit pas, le soir suivant il fait revêtir une robe de nuit mouillée. Il conseille aussi de se coucher dans un hamac, et de laisser la partie inférieure du corps en contact avec l'air. Dans les cas où les étudiants surmenés sont trop fatigués pour dormir, on peut essayer la strychnine, ainsi que le café chaud. Le sulfate de magnésie est un vieux et fidèle agent en thérapeutique. En dernier ressort, il recommande le chloralamide, mais sans faire connaître au patient le remède.

Le Dr Saundby (de Birmingham) regarde le chloral comme le plus efficace des hypnotiques purs. On en a trop exagéré les dangers. Le sulfonal est employé sur une grande échelle en Angleterre.

Le Dr Campbell (de Carlisle) parle de l'insomnie chez les aliénés. Le chloral lui a paru l'hypnotique le plus sûr. Il a confiance aussi dans la paraldéhyde. Le point important, c'est d'obtenir une somme suffisante d'exercice au dehors, et une diète appropriée. Chez l'homme sain, il faut surtout le changement d'air et le changement de scène. Il doute que le chloral soit aussi dangereux qu'on le dit, car il a vu prendre sans inconvénient 8 drachmes en une dose, et a lui-même prescrit jusqu'à 4 drachmes.

Le Dr Whitla (de Belfast) approuve l'emploi tardif des médicaments. On a donné des millions de doses de sulfonal avec très peu d'accidents. Le chloral est dangereux, et l'addition de la digitale inutile. Il aime bien l'emploi de l'alcool. De deux à deux onces et demi dans de l'eau chaude le soir est suffisant. Un détail insignifiant, comme un oreiller peu confortable, peut faire passer une mauvaise nuit.

Le Dr Rayner (de Stockport) dit qu'il faut tenir compte des idiosyncrasies et ne pas établir de règles générales. Il préfère les petites doses, comme 10 grains de chloral, ou 10 grains de sulfonal avec 5 grains de phénacétine.

Le Président, en résumant la discussion, fait voir l'importance de bien étudier chaque cas d'insomnie, et de s'assurer de la cause avant d'établir la thérapeutique.

LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

La section de pharmacologie et de thérapeutique s'est réunie à la section de dermatologie pour discuter le traitement de la syphilis, sous la présidence du Dr Leeds.

Le Dr Whitla (de Belfast) ouvre la discussion. Deux médicaments seulement doivent être pris en considération : le mercure et les iodures. Le mercure a une action spécifique ou curative sur la syphilis, la chose est prouvée, et il suffira de considérer les points suivants : 1° comment agissent le mercure et les iodures ; 2° quand doit-on commencer le traitement mercuriel ; doit-on le donner dès la première période ? 3° quelles sont les diverses méthodes ordinaires d'administration, les doses, la longueur nécessaire au traitement ? 4° quel est le traitement des symptômes tertiaires et de la syphilis congénita ?

L'auteur étudie la pharmacologie du mercure : l'absorption par frictions, l'élimination, etc. Le mercure est un antidote spécial du poison syphilitique, et tant que le virus de la syphilis demeure dans l'organisme, il croit que le mercure agira sur lui sans inconvénients pour le malade. Le dosage doit être basé sur cette hypothèse. Il étudie ensuite le pouvoir bactéricide des iodures, et les vues de Binz sur ce sujet, et il insiste sur leur inutilité à la première et à la seconde période. L'auteur discute ensuite les méthodes d'administration du mercure par périodes de traitement et de repos, et se prononce en faveur de la méthode continue. Il prescrit des doses petites aussitôt que possible, et n'adopte jamais un traitement routinier. La pesée est la meilleure manière de juger de l'effet du mercure. La méthode des frictions est la plus généralement suivie, bien qu'elle offre des désavantages. Dans les cas ordinaires, les iodures de mercure à petites doses, les pilules de Plummer, etc, suffisent. A la période tertiaire, il faut pousser les iodures jusqu'à ce que les symptômes disparaissent.

Le Dr Hyde (de Chicago) attache une importance toute particulière à la constitution du sujet. Il y a des cas bénins qui demandent peu ou pas de traitement, et des cas sévères, principalement par hérédité, sur lesquels le traitement ne paraît avoir aucune action. La plupart des cas doivent être placés entre ces deux extrêmes et donnent les résultats les plus satisfaisants. On obtient de meilleurs effets quand on n'emploie pas les iodures, qui sont les médicaments des complications.

Le Dr Malcolm Morris (de Londre) divise les syphilitiques entre ceux qui prennent de l'alcool et ceux qui n'en prennent pas. Les injections intra-musculaires ne lui ont pas donné de bons resultats. Il recommande fortement, dans certains cas (ulcérations étendues), le bain d'air mercuriel, avec, comme compléments utiles, les frictions et les bains chauds stimulants. La combinaison de l'ammoniaque et de la salsepareille aux iodures est favorable.

Le Dr Hervieux (de Montréal) insiste sur la nécessité d'une pathologie mieux définie de la syphilis.

Le Dr Allan (de New-York) est très en faveur des injections mercurielles intra-musculaires. Les symptômes secondaires qui suivent les chancres extra-génitaux sont très virulents.

Dr Bulkley (de New York). En combinant le mercure aux iodures, on pourra donner ces derniers à doses moins fortes.

Le Président résume la discussion et rappelle l'utilité de certains remèdes autres que le mercure et l'iode. Il croit comme le Dr Whitla, qu'il est souvent nécessaire de pousser les iodures à la troisième période de la maladie. L'ammoniaque combinée aux iodures est utile.

Le Dr Whitla ajoute que le secret du succès, dans le traitement de la syphilis, est de saturer l'organisme avec autant de mercure que possible sans causer d'inconvénients. Il n'a jamais eu de mauvais effets de l'emploi du mercure. Il n'admet pas la virulence spéciale des symptômes secondaires à la suite de chancres extra-génitaux (absence de ganglions lymphatiques dans le voisinage).

LES DIURÉTIQUES.

Le Dr Barr (de Liverpool) ouvre la discussion par un exposé de la physiologie de la circulation, surtout dans les états pathologiques. Il passe ensuite au traitement des maladies qui demandent des diurétiques. La méthode du lavage du rein a pour but de drainer les produits de désassimilation, les ptomaïnes, etc... et les eaux de sources naturelles ne sont pas meilleures dans ce but que les produits artificiels. Le meilleur traitement, dans le rein granuleux, est de supprimer les aliments azotés, de prescrire une diète végétale absolue, de boire du petit lait et des eaux légèrement alcalines, de régulariser les sécrétions des intestins avec le calomel. Le benzoate d'ammonium est recommandé dans l'urémie. Dans les affections du cœur, les toniques cardiaques, combinés dans certains cas aux

vaso-dilatateurs, sont regardés comme les plus efficaces. Dans les maladies du poumon congestionnantes, l'auteur recommande l'ammoniaque, le senéga, les diurétiques salins ; dans les cirrhoses du foie, les vaso-moteurs, les toniques cardiaques et les purgatifs salins légers ; dans l'hystérie accompagnée d'anurie, l'eau et le petit lait en quantité, les toniques vaso-moteurs et les diurétiques salins. On regarde la saignée générale et l'antimoine comme les agents les plus effectifs contre l'hydropisie du mal de Bright aigu. L'auteur ajoute, comme conclusion, que les diurétiques ne sont qu'une accessoire au traitement, et qu'il n'y a aucune maladie que l'on doive traiter exclusivement par eux

Le Dr MARSHALL (de Cambridge) parle ensuite de l'action des diurétiques. Il considère d'abord la physiologie de la sécrétion rénale, les différentes idées admises sur le sujet, et la possibilité d'expliquer l'excrétion urinaire à un point de vue purement physique. Pour l'auteur, la formation de l'urine vient surtout du métabolisme des cellules rénales.

Le Dr ATKINSON (de Newcastle) trouve que les nitrates et la nitroglycerine n'augmentent pas la diurèse.

LE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE.

Le Dr McCALLUM (de London. Ont.) lit un travail sur l'action du sérum de Behring dans les maladies qui ne sont pas causées par le bacille de Klebs-Lœffler. Il discute l'action de ce sérum sur la consomption, le cancer, les inflammations du petit bassin, le lupus, etc... Il a donné en trois mois 25,000 unités de sérum dans un cas de tuberculose, et a obtenu des résultats favorables. De même dans un cas de lupus. L'auteur soumet comme théorie que le sérum favorise les sécrétions internes.

Le Dr BAZIN (de Montréal) lit un travail sur l'antitoxine diphtéritique. Un détail important, c'est que la force, la date de production, etc., soient inscrites sur l'étiquette. Le " soupçon clinique " est une raison suffisante pour employer le sérum, et l'on doit faire ensuite l'examen bactériologique. L'immunisation devrait être pratiquée beaucoup plus fréquemment. En réponse au président, le Dr Bazin dit que la syncope qui suit quelquefois les injections est une coïncidence, et non le résultat de l'antitoxine. Il a constaté, comme le Dr McCallum, l'effet hypnotique du sérum. La présence dans le liquide d'un trouble léger ou plutôt d'une fluorescence n'en prévient point l'emploi.

Comment doit-on combattre la réaction inflammatoire excessive de l'éruption vaccinale ? par LUCAS (de Londres).

Un fait bien connu, c'est que les inoculations de vaccin de génisse provoquent en général une réaction inflammatoire plus intense que les vaccinations de bras à bras, aujourd'hui délaissées pour les raisons que l'on sait. Cette réaction atteint parfois un tel degré d'intensité qu'elle constitue une complication d'une réelle gravité : les pustules tendent à devenir confluentes, la zone phlegmasique s'étend de plus en plus, les ganglions axillaires se tuméfient et le bras devient œdémateux. Pour combattre cette complication, Lucas (de Londres) conseille — au lieu d'employer les fomentations chaudes ou les applications de liquides antiseptiques qui n'ont que peu ou point d'effet — de saupoudrer abondamment d'iodoforme la région atteinte, puis d'appliquer par-dessus une compresse aseptique sèche, destinée à préserver les pustules de toute irritation mécaniqu Sous l'influence de ce traitement si simple, notre confrère a toujours réussi enrayer en vingt-quatre heures le processus inflammatoire : les pustules transforment en une croûte sèche, la rougeur s'amende, les ganglions diminue de volume et l'œdème du bras se dissipe rapidement.

(*Revue des mal. de l'enfance*)

PATHOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE.

LES PROGRÈS DES RECHERCHES PATHOLOGIQUES ET LEURS RÉSULTATS.

Dr Watson Cheyne, professeur de chirurgie au King's College, de Londres (discours d'ouverture). — " On est naturellement tenté, dans une occasion comme celle-ci, de repasser l'histoire de la pathologie durant ces derniers soixante ans ; mais j'ose espérer que vous ne vous attendez pas à ce que je suive la mode à ce propos. Retracer l'histoire de la pathologie durant les soixante dernières années, ce serait pratiquement suivre cette science depuis son début et retourner à un état de chose que nous avons peine à réaliser aujourd'hui. Aujourd'hui, c'est le côté étiologique, si je puis dire, de la pathologie qui nous préoccupe, et avec justesse ; car, pour ce qui s'agit des résultats pratiques du traitement des maladies, la connaissance des altérations survenues est proportionnément de peu d'importance comparée à l'explication de la cause qui les produit et de la manière dont elles s'établissent. Plus nous pouvons établir d'une manière précise les facteurs étiologiques d'une maladie, et la marche subséquente des événements, plus il est facile d'établir une méthode de traitement rationnelle.

" Le progrès le plus frappant, et qui a eu le plus d'importance, çà été le développement de la grande science de la bactériologie, science qui a non seulement provoqué les résultats pratiques les plus importants, mais encore a jeté des flots de lumière sur les phénomènes de l'organisme en général, et a stimulé les recherches dans des voies indirectes. Il est difficile pour ceux qui n'ont abordé la bactériologie que récemment de se faire une idée du néant absolu qu'elle offrait il y a vingt ans. Lorsque j'entrai comme chirurgien interne dans le service de lord Lister, en 1876, on opposait des objections de tous genres à la théorie qui faisait la base du listérisme ; les uns niaient tout à fait l'existence des bactéries, les autres maintenaient la théorie de la génération spontanée ; les uns affirmaient que les organismes étaient toujours présents dans les tissus sains, les autres niaient qu'ils eussent quelque chose à faire avec la maladie, ou que le succès du principe de l'antiseptie dépendît de quelque manière de l'exclusion des micro-organismes des plaies.

" Peu après, lord Lister fit faire un grand pas à la bactériologie par ses recherches remarquables sur le *bactérium lactis*, au cours desquelles il trouva le moyen d'isoler les bactéries par cultures fractionnées, ce qui lui permit d'isoler les bactéries qui causent la fermentation lactique des autres organismes. Puis vinrent l'œuvre de Koch sur les infections des plaies et celle de Metchnikoff sur la phogocytose, cette théorie qui est non seulement très attachante par elle-même, mais qui a provoqué bon nombre des travaux qui ont donné à la bactériologie sa position actuelle.

" Malgré tout ce qui a été fait, cependant, plusieurs problèmes demeurent irrésolus. Comment se fait-il que dans la tuberculose, nous ayions dans une partie du corps une forme de lupus à marche lente, tandis que nous voyons dans une autre partie, peut-être du même corps, une tuberculose à développement rapide ? Le même problème se présente au sujet des bacilles de la diphtérie : nous pouvons avoir dans un cas de la diphtérie vraie, dans un autre une rhinite membraneuse, tandis que dans un troisième cas, bien que l'on trouve des bacilles dans la gorge, le patient semble en parfaite santé. Les résultats qu'apportent les larges incisions dans les tissus tuberculeux offrent aussi un

problème remarquable. On fait une incision dans la cavité abdominale, on trouve des plaques de tissus tuberculeux et des tubercules épars sur le péritoine, on ne fait rien de plus, on suture la plaie, et cependant, dans bien des cas, le malade, qui déclinait peu à peu, reprend le dessus, et la maladie s'arrête complètement.

Les microbes pyogènes nous présentent aussi plus d'un problème. Comment se fait-il, par exemple, que lorsqu'on ouvre antiseptiquement un abcès, immédiatement la suppuration cesse ? Si l'on applique un cataplasme au lieu d'ouvrir antiseptiquement l'abcès, la suppuration continue et peut être profuse. Mais si l'on ouvre cet abcès lorsqu'il y a de la fluctuation et qu'il commence à pointer, et si l'on prend les précautions antiseptiques nécessaires, établissant un bon drainage, il ne se forme plus de pus, et cependant quand l'abcès est ouvert on constate qu'il renferme des microbes pyogènes vivants. Nous pouvons facilement comprendre que la chute de la fièvre et le trouble général soient dus à la diminution de l'absorption des produits toxiques. Mais pourquoi ces organismes vivants ne maintiennent-ils pas la suppuration ? Et pourquoi, après deux ou trois jours, ne peut-on obtenir de cultures avec le sérum qui s'échappe de la blessure ? "

Le Dr Watson Cheyne discute alors la pathologie de l'inflammation ; il soutient que l'inflammation et la cicatrisation sont deux processus différents, et même antagonistes jusqu'à un certain point ; bien que dans chaque plaie les tissus, en recevant la blessure, entrent dans la première période de l'inflammation, cependant, si aucun microbe n'est admis, le phénomène de l'inflammation se calme rapidement, et lorsqu'il y a destruction de tissus, un second phénomène,—celui de la réparation,—commence.

Poursuivant son sujet : " L'un des côtés remarquables de ces progrès, surtout en pathologie expérimentale, c'est l'énorme bénéfice pratique qui en est déjà résulté pour la race humaine ; et c'est une réponse suffisante à faire aux antivivisectionistes, qui s'opposent à l'emploi de l'intelligence, de l'observation et de l'expérimentation, que de leur montrer l'épargne de la vie humaine et le soulagement de la souffrance obtenus durant ces dernières années. Depuis la publication des expériences de Pasteur sur la génération spontanée, c'est à peine si trente six ans se sont écoulés, et pendant ce temps, comme effet de la pathologie générale, on a obtenu en thérapeutique des résultats remarquables. Les résultats pratiques déjà obtenus modifient le diagnostic, la prophylaxie et le traitement. Le diagnostic de plusieurs maladies parasitaires est maintenant rendu certain et facile par la recherche du microbe causal ; il me suffira de nommer la diphtérie, la tuberculose, la malaria, l'anthrax, la gonorrhée, etc... Le plus grand de tous ces progrès, parce qu'il a une portée plus large, ça été la prophylaxie des maladies, surtout la prévention des maladies septiques après les opérations, amenée par les découvertes de lord Lister. A l'aide de ces découvertes, on a pu prévenir l'occurrence de la septicémie dans les blessures faites sans briser la peau ; les chances de septicémie dans les plaies septiques sont de beaucoup diminuées ; des vies nombreuses sont épargnées, non seulement à cause de cela, mais parce que le traitement listérin permet d'entreprendre plus d'une opération heureuse qu'autrement on n'aurait pas voulu tenter. Dans d'autres cas, la prophylaxie a une grande valeur, comme dans la diphtérie et le traitement de Pasteur contre la rage, que l'on peut avec exactitude regarder comme des traitements prophylactiques plutôt que curatifs.

" Enfin, je citerai les progrès accomplis dans la guérison des maladies. Dans la diphtérie, il ne peut y avoir aucun doute que l'antitoxine ne soit un agent curatif très puissant, et que, employé dès le début, il ne coupe court à la maladi Pour le tétanos, les preuves au sujet des animaux sont absolument convaincante mais l'effet n'est pas certain chez les malades souffrant de la maladie, probablemer parce que nous avons affaire à une affection aiguë qui suit sa marche avant qu le sérum ait le temps d'agir. Ceci peut aussi être le cas avec le sérum antistre tococcique, bien que j'aie des doutes sur sa valeur curative. Dans d'autre maladies, comme la peste et les morsures de serpent, nous pouvous espérer pou

plus tard un moyen de guérison ; tandis que sur la pneumonie, des recherches sont faites actuellement qui pourront donner des résultats importants ; enfin n'oublions pas de mentionner la méthode de Pasteur pour inoculer le bétail contre l'anthrax.

" Que dirai je de la nouvelle tuberculine ? Nous savons tous combien Koch est un observateur soigneux, et le fait qu'il la regarde comme un remède de valeur est suffisant pour nous engager à en faire, avec espoir, un essai prudent. J'ajouterai que j'ai toujours eu une idée favorable de l'ancienne tuberculine, lui donnant, contre la phtisie, le rôle de l'iodure de potassium contre la syphilis, et, si j'eusse été un médecin, je ne crois pas que je l'eusse abandonnée avec la même rapidité que celle avec laquelle on l'a mise de côté.

" Je pourrais citer d'autres exemples du bien immédiat apporté par les recherches pathologiques, tels que les progrès dans le traitement des affections tuberculeuses des os et des articulations, dûs à la connaissance plus complète de la nature et de la distribution de la maladie, le traitement de l'appendicite, les recherches sur la péritonite et les maladies de l'appendice, le perfectionnement des opérations du cancer à la suite de l'étude complète de son mode de propagation, et ainsi de suite ; mais j'en ai dit suffisamment pour montrer la grande importance et la valeur des recherches pathologiques. Ces résultats doivent nous encourager à continuer de travailler de toutes nos forces et sans répit, nous rappelant que beaucoup souffrent encore et meurent tous les jours, que peut-être, nous pourrions sauver si nous avions seulement un peu plus de connaissances sur les fonctions de l'organisme et les phénomènes de la maladie. "

HEMATOMYÉLOPORE.

Le Dr Ira Van Gieson donne ce nom à un état spécial de la moëlle épinière faisant suite à un traumatisme, et qu'il faut distinguer, cliniquement et pathologiquement, de la syringomyélie. Il en rapporte trois cas, l'un spontané, les autres traumatiques. Cet état pathologique, défini, croit-il, pour la première fois, est caractérisé par une canalisation clairement prononcée de la moëlle, siégeant habituellement dans les cornes postérieures. La dégénérescence du tissu et la formation de la cavité sont hors de proportion avec les traces de sang effusé que l'on constate. Les expériences qu'il a faites, en injectant des liquides dans la moëlle, lui ont prouvé que la séparation des fibres se fait toujours dans une direction verticale, et généralement dans la substance grise. Il croit que ces lésions peuvent se différencier cliniquement de la syringomyélie par l'histoire antérieure de traumatisme, le début rapide des symptômes et le résultat habituellement fatal.

LA MALADIE DES BESTIAUX DE PICTOU.

Le Dr Adami (de Montréal) décrit les modes de propagation de cette maladie, les causes prédisposantes, les symptômes et l'anatomie pathologique. Le foie et les glandes lymphatiques sont infectés primitivement. Il décrit ensuite le microbe et en montre des cultures.

Le Dr McEachran dit que la maladie existe à Pictou depuis quarante ans.

LE BACILLE TUBERCULEUX DANS LE LAIT.

Le Dr Boyce discute la contagion de la tuberculose des animaux à l'homme. On a trouvé des bacilles tuberculeux dans le lait de vaches ayant des pis parfaitement sains. On a prouvé que le lait des vaches tuberculeuses est infectieux. Sur 111 échantillons de lait examinés à Liverpool, on a trouvé dans quatre des bacilles tuberculeux.

Le Dr Abbott et le Dr McEachran insistent sur la difficulté de faire un examen microscopique satisfaisant du pis des vaches.

LA PLEURO-PNEUMONIE DES BESTIAUX.

Le Dr ADAMI ouvre la discussion. Il a été bien établi, par des experts, que le Canada est, depuis longtemps, indemne de la maladie ; mais le gouvernement impérial se refuse encore à reconnaître le fait. Les vétérinaires du gouvernement anglais, qui se sont prononcés sur la question, n'étaient pas des hommes compétents. Les experts du Canada, comme ceux d'Angleterre et des Etats-Unis, ont déclaré unanimement le pays libre de la maladie. On est d'opinion, au Canada, que le gouvernement impérial, en adoptant sans restrictions l'avis de ses vétérinaires, commet une injustice envers le Canada et envers les hommes de science.

Le Dr WELCH et le Dr McEACHRAN confirment les dires du Dr Adami.

LE SÉRO-DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

La discussion sur ce sujet n'a rien amené de nouveau. Le travail de Widal, que nous avons déjà publié (page 526), résume toute la question.

OPHTHALMOLOGIE, OTOLOGIE, RHINOLOGIE ET LARYNGOLOGIE

La section d'Ophthalmologie de l'Association Médicale Britannique a été très brillante. Les réunions avaient lieu dans la bâtisse McDonald, de 9 heures à midi, sous la présidence du Dr Nettleschip, le savant professeur au Morfield Hospital, de Londres. Comme l'*Union Médicale* l'a annoncé, les officiers étaient les Drs Buller, Desjardins, Foucher et Stirling, de Montréal ; Dr Reeves, de Toronto ; Dr Smith, de Winnipeg ; Dr Bickerton, de Liverpool. Le Dr Jéhin Prume agissait comme secrétaire honoraire.

Quatre sujets de discussions étaient au programme :

I. *Hétérophorie, Indication et contre-indication, limites du traitement opératoire et non opératoire.*

M. le Dr Buller, qui avait été chargé d'ouvrir la discussion, a lu un très intéressant travail sur le sujet ; malheureusement, rien de nouveau n'a été produit, et l'on s'est contenté de parler de ce qui avait été déjà fait.

II. *De la vision des couleurs chez les employés des chemins de fer et de navigation.*

Beaucoup de paroles, beaucoup d'opinions, mais rien de sérieux, le Canada et les Etats-Unis ne possédant aucune loi positive sur cette question. Quelques compagnies, cependant, possèdent des règlements particuliers ; insuffisants pour la plupart.

III. *De l'antisepsie en chirurgie oculaire* :

Ici, encore, rien de nouveau. Un point, cependant, est que pour la plupart des membres de l'assemblée, l'acide borique est un antiseptique *extra faible*; beaucoup lui préfère l'eau bouillie. Pour les instruments, l'acide phénique est à l'ordre du jour, ainsi que les solutions faibles de sublimé pour les lavages et le cyanure d'hydrargyre pour les cils.

IV. *De la prophylaxie des accidents oculaires chez les ouvriers.*

Ce sujet fut supprimé du programme au dernier moment.

Vingt-quatre travaux originaux ; sur ce nombre quatre médecins se sont fait excuser pour raison de santé.

Sur ce nombre de travaux, citons surtout celui du Dr F. Buller, de Montréal : *Contribution à l'opération dite de Mules*, avec nouveau procédé opératoire. Nous comptons donner prochainement un résumé de cet écrit.

Dr A. A. Foucher (Montréal).—*Contribution à l'étiologie de la dacryocystite* (voir page 537).

Dr Gould (Philadelphie).—Rétinite pigmentaire sans pigment, avec de très intéressantes observations.

Dr R. L. Randolph (Baltimore).— *Valeur de la pommade à l'acide salicylique dans le traitement du catarrhe printanier.* Ce traitement est appelé à rendre de grands services; l'auteur emploie une solution de *cinq grains à la drachme.*

Les Indiens sont-ils susceptibles d'avoir le trachôme ?

Telle est la discussion qui s'est élevée au sujet d'un travail du Dr G. F. Stevens (New-York) : *Suggestion concernant l'existence d'un élément dans l'étiologie du trachôme :* (British Medical Association 1897.)

Ce sujet n'est certes pas nouveau ; chacun se rappelle encore les recherches faites par M. le Dr Foucher, de Montréal. Puis les travaux de la Société Française d'Ophthalmologie de Paris.

Nous allons tout d'abord passer en revue la discussion, après cela nous passerons aux commentaires.

Dr A. A. Foucher (Montréal).

Monsieur le Président :

" Vous me pardonnerez si je prends la parole, le premier, au sujet de l'étiologie du trachôme, mais le sujet m'intéresse tout particulièrement, ayant fait, il y a deux ans, une étude sur le trachôme au Canada. La Société Française d'Ophthalmologie de Paris a nommé, il y a deux ans, un comité international chargé de s'enquérir dans plusieurs pays de l'étiologie du trachôme. Ayant été nommé pour m'enquérir des faits relatifs à cette question pour le Canada, je me suis mis en relation avec plusieurs médecins du pays. Je vais vous relater brièvement le résultat de cette enquête.

Le Dr Dudge, de Halifax, n'a observé, pendant une période de trente années de pratique, que 4 à 5 cas de trachôme et encore ces cas n'étaient pas originaires du pays, mais provenaient des hôpitaux de New-York et de Boston.

Le Dr Simard, de Québec, n'a observé aucun cas de trachôme sur les bords du Golfe St-Laurent Sud, mais en a observé parmi les populations qui habitent la vallée du lac St-Jean, dans les régions éloignées du golfe.

Ici, à Montréal, les granulations abondent sans prédilection apparente, si ce n'est dans la classe pauvre. Mais un fait remarquable, c'est qu'aucun médecin consulté, n'a jamais eu occasion de soigner le trachôme chez un sauvage.

Le Dr Horsey (Ottawa), Dr Agnew (Brandon), Dr Benoit (Edmondton), Dr E. Desjardins (Montréal), et beaucoup d'autres, ayant eu occasion de pratiquer la médecine parmi différentes tribus sauvages, m'ont affirmé le même fait.

Au Manitoba, à côté des *Cris* et des *Sauteux* qui sont immunisés contre le trachôme, nous rencontrons les *Mennonites* qui sont ravagés par cette maladie. Ils vivent à peu près dans les mêmes conditions hygiéniques défectueuses ; habitant dans des cabanes enfumées, mal jointes, dans une promiscuité complète. Pourquoi cette différence entre deux races vivant dans le même pays, dans le même milieu ? Les *Mennonites* sont réceptifs en Russie, ils continuent à l'être, transportés et vivant au Manitoba ; les sauvages au contraire sont immunisés par leur race et l'influence du milieu n'a aucune action.

Plus loin, dans le nord et l'ouest, les renseignements sont plus difficiles à obtenir ; les Esquimaux sont, paraît-il, sujets à contracter une certaine maladie des yeux ; mais, d'après les renseignements que j'ai pu obtenir des missionnaires et des voyageurs qui visitent ces lointains pays, la maladie n'est autre chose que le *mal des neiges, maladie des glaciers,* et n'a rien à faire avec le véritable trachôme

S'il est vrai que les Esquimaux sont immunisés contre le trachôme, je vois là une démonstration évidente des vues exprimées par le *Dr Stevens,* car les crânes des Esquimaux sont les plus beaux types des crânes qu'il décrit comme conférant une immunité possible au trachôme.

Il ressort de ces remarques que la race confère une immunité. Alors même que l'on aurait traité quelques cas de trachôme chez les sauvages de Caughnawaga (près de Montréal), il n'y aurait pas, par là, une preuve évidente que la race sauvage n'est pas immunisée, car s'il existe une race sauvage dans le pays qui est mêlée, métissée, c'est surtout la race iroquoise de Caughnawaga. Ceci prouverait tout au plus que les métis sont réceptifs à un certain degré. Je ferai remarquer, à ce sujet, que les sauvages de Caughnawaga, comme la plupart des autres races sauvages, vivent dans des conditions hygiéniques défectueuses et sont décimés par la tuberculose et la syphilis, et le fait de rencontrer parmi eux aucun cas de trachôme, prouve que même le métissage leur confère une immunité relative contre le trachôme.

L'influence du milieu semble être clairement démontrée par l'absence presque complète de trachôme sur le littoral de la mer, en bas de Québec et dans la Nouvelle-Ecosse.

En résumé, le trachôme est une maladie contagieuse qui exige un terrain approprié pour l'ensemencement et un milieu favorable pour le développement de la maladie. Chez les sauvages, le milieu est excellent, mais le terrain est impropre à la culture du trachôme.

Dr A. Proudfoot : (Montréal). En réponse à la remarque faite par le Dr A. A. Foucher, de Montréal, traitant de la rareté du trachôme chez les Indiens de l'Amérique du Nord, je dois dire que, professant à Montréal depuis au-delà de vingt ans, il m'a été donné de constater que peu de cas de vrai trachôme chez les Indiens : environ une demi-douzaine de cas. Ceux-ci étant des Indiens appartenant aux tribus environnant Montréal.

Dr Ryerson (U. S. A.) Je n'ai jamais constaté de cas de trachôme chez les Indiens du Canada, dans le territoire du Nord-Ouest.

D. B. E. Fryer, (Kansas City, Missouri, U. S. A.).—J'ai examiné une grande quantité d'Indiens. Les *Cheyennes*, les *Comanches*, et plus particulièrement de tous les *Nez-Percés*. Je n'ai jamais observé un cas de trachôme chez ces Indiens.

Dr Gould (Philadelphie, U. S. A.).—L'immunité des Sauvages et des Nègres au trachôme est probablement due à ce qu'ils ne se livrent à aucun travail d'application.

En réalité, la question se résume à ceci.

I. Le trachôme existe-t-il chez les Indiens ?

II. Les Indiens de race pure sont-ils immunisés ?

III. Les métis sont-ils réfractaires ?

IV. Les cas de trachômes observés chez des Indiens, étaient-ils réellement chez des Indiens de race pure, ou de race mêlée.

Nous espérons que le sujet n'est pas épuisé ; que de nombreuses recherches seront faites, et que, bientôt, nous saurons tout-à-fait à quoi nous en tenir.

(Jéhin-Prume).

Action de l'hydrastis canadensis sur le catarrhe bronchique.—Il y a six ans, Singer prescrivit de l'hydrastis à un malade atteint d'une affection tuberculeuse du larynx et qui avait eu une légère hémoptisie. Le malade racontait que dès le lendemain ses expectorations ne contenaient plus de sang et que la toux s'était atténuée. Cette constatation a amené l'auteur à essayer le même remède chez un phtysique. L'effet fut le même ; le malade dormit mieux et se sentit soulagé. Le catarrhe bronchique montrait une atténuation considérable. Encouragé par ce résultat, il a employé l'hydrastis dans une série de cas de bronchite et a obtenu les résultats les plus satisfaisants. A son avis, l'hydrastis remplace avantageusement l'opium et ses dérivés.

(*Centralblatt für innere Medecine* 1er Mai 1897.

TRAVAUX ORIGINAUX

"SEROTHÉRAPIE, TUBAGE ET TRACHÉOTOMIE."

DEUX ANS D'EXPÉRIENCE PERSONNELLE.

Résultats obtenus en pratique privée dans 70 cas de diphtérie.

Par J. L. ARCHAMBAULT, M. D., Cohoes, N. Y.

Si ce rapport peut offrir de l'intérêt et jouir de quelque valeur, ce sera par ce double fait que, depuis qu'il s'agit de sérothérapie, pas un cas de diphtérie ne s'est présenté à notre observation qui n'ait été traité par le sérum (moins un, Obs. LXIII), et qui n'ait été annoté, séance tenante, au lit du malade. Ces notes peuvent donc être considérées comme étant d'une exactitude rigoureuse, et comme comportant, dans chaque cas, une somme de renseignements aussi étendue qu'il était possible d'obtenir.

La méthode suivie s'est trouvée, dans les premiers cas, à répondre d'assez près au plan proposé par l'"American Pediatric Society" dans son projet d'une *enquête collective sur les mérites du sérum en pratique privée;* dans la suite, on s'est efforcé de faire en sorte qu'elle s'y conformât exactement et qu'aucune donnée ne fût négligée. Il a donc été facile d'envoyer à cette société, pour son "Premier Rapport," fait à Montréal à sa 8ème assemblée annuelle (26 mai 1896), une analyse assez fidèle des cas alors traités. Une seconde analyse aurait dû suivre et parvenir à cette société au plus tard le 1er avril dernier, selon qu'elle en exprimait le désir, pour faire partie de son second et final rapport. Cette seconde analyse eut été plus considérable et plus importante tant par le nombre que par la valeur intrinsèque des cas ; elle était en voie de préparation, elle ne fut pas terminée à temps.

Ce sera en quelque sorte, et en partie, réparer cette erreur que de donner ici cette série d'annotations. La rédaction en est plus étendue, plus complète, souvent accompagnée de commentaires que les faits ont paru justifier.

Ce sera de plus rencontrer le désir et céder aux sollicitations de plusieurs confrères, à qui nombre de cas, dans lesquels ils se sont trouvés associés, ont paru dépasser l'intérêt ordinaire.

Ce sera encore répondre à l'appel plus récent que devait faire monsieur le lecteur A. Newsholme, à la 65ème réunion, à Montréal, de l'"Association Médicale Britannique", dans son *plaidoyer en faveur d'une étude internationale de la diphtérie, avec des faits et des chiffres à l'appui,* plaidoyer que nous annonçait "L'Union Médicale," dans son numéro de juin dernier.

Or, faits et chiffres, et chiffres appuyés sur des faits et ne valant et n'ayant de signification que par ces faits, c'est ce que nous nous sommes appliqué à établir.

D'abord isolés et arrivant de distance en distance, ces faits (c'est-à-dire ces observations) se sont tout à coup pressés et multipliés, grâce à l'épidémie dont notre ville a souffert au cours de l'automne 1896 et de l'hiver 1897. C'était pour nous—comme à Paris en l'hiver 1894—l'ÉPIDÉMIE ATTENDUE, qui allait nous permettre de juger par nous-même de l'excellence de la méthode.

Ces observations, qui sont rapportées dans leur ordre chronologique, se montent à 70. Disons tout de suite que sur ce nombre nous avons à enregistrer 9 décès, ce qui donne, comme chiffre de mortalité, à peu près 12.5 o/o. Voilà un résultat déjà très encourageant, puisque, dans une communication très récente, M. le professeur Richet établit la moyenne acceptée aujourd'hui à 15 o/o, et l'estime incomparable : " Les statistiques à cet égard sont absolument démonstratives ; la mortalité, qui était de 45 pour cent dans la diphtérie, est tombée à 15 o/o (Conférence à Montréal le 31 Août)." Et cependant, la suite le fera voir aisément, il y a surcharge dans nos estimés, et cette surcharge provient de ce que cette statistique comprend un nombre disproportionné, exceptionnel, de cas très graves, les mauvais cas dans la clientèle d'autres confrères venant, fréquemment, par consultation, se juxtaposer aux nôtres, alors que, naturellement, leurs cas ordinaires n'entraient pas en ligne de compte ; par exemple, une foule de cas laryngés, treize de ce nombre nécessitant et recevant l'intervention opératoire. De sorte que, si l'on faisait abstraction de tous ces cas, ce pourcentage s'abaisserait du coup à 9.5 o/o.

Je le répète, hormis un (et il est dit pourquoi), tous ces malades furent traités au sérum. 29 cas le furent pendant le 1er jour ; *1er groupe.* De ce nombre, 7 laryngés, dont 1 de moins de onze mois (obs. XVIII), et un autre de moins de dix mois (obs. XLVI). Ce dernier seul—croup d'emblée, diphtérie laryngée primaire,—requiert l'opération et... meurt. Mortalité, 1 ; guérison, 28 ; pourcentage, 3.5 o/o. Parmi les post-manifestations qu'accuse ce 1er groupe, nous comptons : 1 cas de stomatite ulcéreuse (obs. XVIII) survenant près d'un mois après le mal initial, et plutôt se rattachant à la dention qu'à une infection par les grandes bactéries ou par le sérum ; 1 autre de néphrite desquamative (obs. XXVI)—albumine et tubules—peu sérieuse et de peu de durée ; et 2 cas de broncho-pneumonie (obs. XLVII et obs. XXXII), le second suivi de névrite multiple. Dans ce dernier cas, la maladie initiale avait été si légère et les lésions locales si insignifiantes qu'on a été porté à se demander si ces complications presque funestes en étaient bien la suite, ou si elles n'étaient pas plutôt imputables au sérum. Heureusement pour le sérum, le tube qui avait servi à ce malade avait laissé une balance qui fut, l'instant d'après, utilisée à traiter le cas suivant (obs. XXXIII) : un enfant de seize mois, qui reçut comparativement un plus grand nombre d'unités que l'obs. XXXII, avec guérison étonnamment rapide et sans suite. Notons encore comme appartenant à ce group l'obs. XXXVI, unique en son genre : une diphtérie d'une indiscutable sévérité heureusement injectée dans les 15 à 18 heures, évoluant d'une façon magistrale au cours d'une infiltration pneumonique non résolue, datant de deux mois et demi ; la régression d'une maladie semble stimuler celle de l'autre, et l'enfant trouve le loisir de se porter si bien que de se casser la cuisse cinq mois plus tard

2e groupe. Injectés le 2e jour, 13 cas ; mortalité, 2 ; pour centage, 15.5 o/o. Ici, nous avons 4 cas laryngés, dont 1 opéré (obs. LI) et fournissant l'un des décès ; mais—fait beaucoup plus digne de remarque—nous avons dans ce groupe 2 *récidivistes* ! Irène C., 3 ans, qui fait les frais des obs. XXV et LVII ; croupée les deux fois ; trachéotomisée la première, le 19 novembre 1896, mais échappant au couteau quatre mois plus tard, grâce au sérum administré à temps cette fois. Triomphe de la science beaucoup supérieur au triomphe de l'art ! Caroline M., prise de diphtérie à 2 ans, le 24 mars 1896, obs. VI, reprise un an plus tard, le 28 mars 1897, (obs. LXI) ; sujet strumeux, toxémie intense les deux fois, mais tellement plus profonde la seconde qu'elle entraine une dégénérescence galopante des reins et des centres nerveux, l'enfant succombant presque soudainement de paralysie cardiaque quand elle paraissait devoir s'éteindre graduellement dans le coma urémique.

3e groupe. Injectés le 3e jour, 7 cas ; mortalité, 2 ; pour centage 28.5 o/o. L'un des décès, (obs. XXVIII), reconnaît pour cause la paralysie cérébrale, ayant son siège principal dans la capsule interne, vers l'origine du nerf vague ; l'autre, le croup. Sur ces sept cas, 3 en effet sont laryngés ; 1 opéré, obs. XXVII, guérison ; des 2 non opérés, l'un, 22 mois, obs. XVI, où l'opération était urgente et fut refusée, reçut en vain des doses massives de sérum, 5600 unités. Il faut l'avouer, rien n'aurait été de nature à plus ébranler la foi dans l'efficacité de la sérothérapie que cette obs. XVI, si on la rapproche de l'obs. XLVI, citée plus haut ; prises l'une et l'autre à temps, traitées l'une et l'autre *largâ manu*, que l'on désirait l'une et l'autre réchapper avec une inexprimable ardeur. Heureusement que cette influence fut contre-balancée, et au-delà par la répétition interrompue des cas où la vertu du sérum fut aussi manifeste que consolante.

4e groupe. Injectés le 4e jour, 5 cas ; mortalité, 3 ; pourcentage, 60 o/o. Il ne fait pas bon d'être dans cette catégorie. Deux cas laryngés, opérés tous deux ; 1 guérison (obs. LIV), 1 insuccès (obs. L) ; ce dernier se réclamant d'une néphrite déjà en évolution lorsque le sérum et l'opération entrent en scène, et se terminant par une paralysie des premières voies, grâce à laquelle les liquides ingérés s'insinuent le long de la canule et vont littéralement noyer les poumons. L'intéret principal de ce groupe se concentre toutefois sur les obs. X et XVII. Dans l'obs. X, il y a évidence d'infection double, le streptocoque emportant la victime que le bacille Lœffler lui a préparée. Dans l'obs. XVII, nous voyons se dérouler tous les pernicieux effets d'une toxémie intense que le sérum est arrivé trop tard pour juguler ; dégénérescence générale, vieillard à quatre ans, brightique, hémiplégique, finalement éclamptique, comateux et s'éteignant par œdème pulmonaire. Rapproché de l'obs. XXVIII (citée plus haut), ce cas sert à illustrer l'apparition de ces altérations secondaires formidables qu'on avait peu l'occasion autrefois de remarquer au cours de la diphtérie, ces altérations étant le partage des cas graves qui succombaient le plus souvent avant leur développement. L'étude plus approfondie qui a pu en être faite, nous la devons donc au sérum, dont l'efficacité bien démontrée contre la maladie initiale ne s'étend pas au-delà. Ce cas sert encore à illustrer d'une autre manière l'importance de l'administration précoce du traitement sérothérapique, en ce sens

qu'il est survenu dans une famille de six, tous pris sauf le père, tous, à l'exception du sujet observé, traités à point, y compris un bébé de moins de onze mois, croupé, et qu'il fut le seul à succomber.

5e *groupe*. Injectés le 5e jour, ou plus tard, 15 cas ; tous laryngés, moins 1 (obs. XXIV, septicémie, recouvrée) ; mortalité, 1 ; pourcentage, 6.7 o/o. De ces 14 cas de croup, 4 guérirent par le sérum ; les 10 autres furent opérés, donnant un insuccès (obs. XV) ; la mort dans ce dernier cas étant amenée par extension des membranes aux bronches.

Maintenant, comment se fait-il que ce 5e groupe donne un pourcentage aussi inattendu, un pourcentage qui se range de droit après le groupe 1er, et cela quand tous les cas, sans exception, étaient des cas dangereux ? Nous ne chercherons pas à expliquer cette inconséquence de la statistique.

Passons plutôt à autre chose ; par exemple, nous avons eu, non seulement des enfants malades, mais des enfants exposés. Un relevé soigneux en a été fait. Leur nombre s'élève à 94. De ces 94, 75 furent immunisés, 4 contractèrent la maladie, soit 5.2 p. c. ; 19 ne le furent pas, ils fournirent 8 malades, soit 42.1 p.c. ; une différence appréciable !

Bien qu'il ne soit fait mention de culture et d'examen bactériologique qu'une couple de fois au cours de ces notes, cette méthode de diagnostic n'a pas été négligée, du moins aussi longtemps qu'il s'est agi de cas isolés. Une fois en pleine épidémie, je l'avoue, il n'en fut plus question ; les cas se touchaient, plusieurs éclataient sous le même toit, les preuves cliniques nous semblaient suffisantes, et pressé de toutes parts par tant d'autres devoirs, le temps nous manquait. Du reste, n'est-ce pas le docteur Reynolds, de Baltimore, qui a recommandé de ne pas se fier trop implicitement au diagnostic bactériologique, l'infection diphtérique ayant existé là où l'on n'avait découvert que des staphylocoques et des streptocoques (*Pediaric Society; Antitoxin 1st Repovt*, page 231? Ce qui ne veut pas dire qu'on doive négliger, encore moins mépriser, ce moyen de diagnostic, mais qu'il n'en faut point faire une condition *sine quâ non*. Je le répète, pour se guider, il sera bon dans la majeure partie des cas de laisser les signes cliniques primer les données de la bactériologie. Nous voyons par une communication récente de M. Grancher, que ce savant professeur donne exactement la même note.

De même en est-il des analyses urinaires. Il n'y a pas un cas un peu sérieux où ce contrôle n'ait été exercé. L'examen a même été fait dans un bon nombre de cas légers. On s'est toutefois borné à ne rapporter que les cas où cet examen avait quelque valeur clinique.

On peut en dire autant du pouls, de la température et de la respiration.

Nous ne mentionnons aussi que pour la forme les différents exanthème dont les malades ont souffert. Il en est peu qui ait échappé à un genre d'éruption ou à un autre, ortiée, rubéiforme, polymorphe ; mais même les cas le plus sévères—et il y en a eu qui l'ont été d'une manière presque insupportable—ne nous ont pas paru avoir d'autre effet ni d'autre importance que le dérangement, voire même la souffrance, occasionnée alors et limitée au temps que cel durait. Nous n'en avons donc mentionné que quelques-uns, et cela dans le bu

de les mettre en contraste des autres post-phénomènes qui était réellement diphtériques.

Le fait aussi que nous ne mentionnons aucun accident en rapport avec l'administration du sérum donne à entendre que nous n'en avons pas rencontré ; ni induration, ni abcès, ni pénétration de vaisseaux, ni choc (*Shock*), ni rien, soit sur le fait soit dans la suite, si ce n'est souvent, oh ! souvent, des cris et des pleurs, réaction très légitime—et, généralement, une sensibilité locale ne durant guère au-delà de vingt-quatre heures.

Quant à l'espèce de sérum usitée, la première partie de nos expériences fut conduite exclusivement avec le sérum Gibier, puis, plus tard, alors que l'épidémie sévissait, le Bureau de Santé ayant mis le sérum Roux à la disposition des médecins, il en résulta que, insensiblement, nous employâmes ce sérum en tout et partout. Une étude attentive de tous les cas ne manque pas de démontrer que les résultats obtenus se sont soutenus sur un pied d'égalité que l'un ou l'autre des sérums fut mis en usage. Il resterait à démontrer que la statistique telle qu'établie eût pu être plus satisfaisante par l'usage de sérums d'autre provenance. On n'a pas manqué, en certains endroits et en maintes occasions de faire valoir—et non sans chauvinisme—l'excellence de tels produits et leur supériorité sur les autres. Peut-être oubliait-on trop facilement ou trop volontairement, en rapportant les épreuves comparatives qu'on en faisait, que les différents sérums pouvaient ne pas être du même âge, et qu'on n'a pas encore appris à empêcher que les sérums se détériorent avec le temps, tant bons qu'ils soient ; mais surtout fallait-il y voir la rivalité et l'esprit de concurrence ardents ici comme en toute chose.

Si nous passons aux doses employées, il sera peut-être instructif d'indiquer au moins les doses extrêmes, leur nombre, leur effet et leur rapport à l'âge des patients. L'obs. XLVI, par exemple, bébé de moins de 10 mois, reçoit, en 5 injections, une dose absolument héroïque, 6600 unités ; l'administration en est faite à point ; pas d'effet apparent ; l'enfant est opéré et succombe 15 heures après l'opération. L'obs. XVI, bébé de 22 mois, autre cas laryngé, reçoit en 2 fois 5600 unités ; effet nul ; opération déclinée ; mort 34 heures après le début du traitement. L'obs. L, 6 ans, autre croup, reçoit en 3 injections 6000 unités ; administration tardive, alors que les rognons sont déjà pris ; l'enfant est opérée, elle succombe par paralysie du pharynx et œdème pulmonaire. Les obs. XXXVII, XLV et LVIII, cas laryngés, du même âge—6 ans—, de 5800 à 6000 unités chaque, en 2 ou 3 injections ; chez les 3, administration tardive, soit quelques heures avant ou sur le fait de l'opération ; chez les 3, guérison sans suites attribuables au sérum, l'obs. XLV seule offrant une broncho-pneumonie déjà en marche lors de l'injection du sérum. De même de l'obs. VII, garçon de 3 ans 4 mois, d'abord opéré, puis recevant 8000 unités en 3 injections ; opéré, injecté, guéri ! Par contre, deux des cas qui attirent le plus l'attention, soit que l'un meurt de complications foudroyantes (obs. LXI), soit que l'autre nous donne toutes les misères à le réchapper (obs. XXXII), n'ont reçu que des doses ordinaires, 2000 et 1200 unités respectivement.

Naturellement, en fait de traitement, nous n'avons pas fait que de la séro-

thérapie. Nous avons continué les méthodes en usage et reconnues pour nous avoir rendu de bons services.

Nous ne faisons cependant jamais d'applications locales directes—attouchements ou irrigations qui, pour valoir quelque chose, doivent être très-fréquentes, à toutes les heures et même demi-heures, et qui harassent le malade. Par contre, nous pratiquons volontiers des inhalations, en saturant l'air de la chambre de vapeurs aromatisées, utilisant à cette fin, chez les pauvres, le poêle de cuisine et le *boiler* à laver. Pour démontrer l'inanité de certaines mesures locales, voici, par exemple, les différentes solutions Lœffler, indispensables, essentielles, vous dit-on, mais... à condition que ce soit le médecin lui-même qui les applique, car c'est un soin que vous ne pouvez confier ni aux parents, ni à la mère, ni à la garde, à moins que cette garde ne soit le savoir et l'habilité même et que vous puissiez vous y fier comme à vous-même. Or, quand rencontrez-vous cette double condition surtout avec la diphtérie qui est par excellence la maladie des classes pauvres? Plutôt donc que de s'arrêter à des demi-mesures dont l'inefficacité n'a d'égal que l'ennui causé au malade, mieux vaut laisser de telles pratiques de côté; c'est ce que, par expérience, nous n'avons pas été lent à adopter. A l'intérieur, d'accord en cela avec le traitement préconisé par Jules Simon, nous employons la teinture de fer, à laquelle nous allions la quinine en glycérolé. Nous avons peu d'observations où ce traitement ne se retrouve. De même, le mercure se rencontre fréquemment sous notre main, en particulier dans le traitement des cas laryngés. Un cas est-il croupé sans sténose, nous l'administrons sur le champ tout en injectant le sérum, mais faut-il passer à l'opération, nous le remplaçons alors sans tarder par le fer, estimant qu'il devient, dans ces conditions nouvelles, plus important de soutenir son malade que de l'altérer. Le sérum n'était pas encore connu que nous placions de vieille date notre confiance dans le calomel et qu'allié aux vapeurs de chaux nous le considérions supérieur à toute autre médication contre le croup. Nous suivions en cela la pratique mise en honneur par cette sommité médicale dont le nom fait autorité sur les deux continents (Jacobi), et nous lui avons dû quelques succès. Plus récemment, on a vanté une nouvelle forme d'administration du mercure par la *sublimation* du calomel, méthode facile et que nous avons employée, notamment dans l'obs. XV, quoique sans succès.

Si nous reprenons maintenant les cas laryngés—et c'est peut-être le côté le plus saillant de ce rapport—nous établissons que, sur 70 observations, ces cas s'élèvent à 31, nombre plus qu'ordinaire, mais nous avons déjà dit pourquoi.

15 de ces croups furent opérés; 16 ne le furent pas.

Des 16 cas non opérés, il faut exclure l'obs. LXIII non traitée au sérum nous y avons fait allusion. Les 15 autres cas donnent 1 mortalité, obs. XVIII la terminaison fatale étant due à la sténose; opération déclinée. Voilà donc 1 cas où le larynx était pris, notamment 3 où la sténose était très-marquée, 1 tirage établi, obs. XXXIV, XLV et XLIX, tous guéris sans opération, et où il est difficile de ne pas attribuer la guérison au sérum; l'obs. XXXIV, par exemple, n'a absolument reçu aucun autre traitement que le sérum. Autrement dit

30 cas de croup dont la moitié n'est pas opérée et est réchappée, moins 1 ; résultat qui n'a jamais été atteint, on peut l'affirmer sans crainte, par aucune méthode thérapeutique antérieure.

Sur les 15 cas qui furent opérés—ce qui représente presque 21.5 o/o du nombre total des cas rapportés—nous avons 11 guérisons et 4 insuccès ; soit une mortalité de 21.7 o/o. La mort survient 2 jours 16 heures après l'opération chez l'enfant qui lui survit le plus longtemps (obs. L), et 15 heures chez celui qui succombe le plus tôt (obs. XLVI, bébé de moins de 10 mois.) Chez les opérés qui guérissent, le temps le plus court que la canule est en place, 1 jour 22 heures ; le temps le plus long, 6 jours 16 heures.

Voici, du reste, le tableau complet des opérations.

TEMPS QUE LA CANULE EST RESTÉE "IN SITU" CHEZ LES OPÉRÉS

No.	Opération.	Obs.	Age.	Temps.	Résultat.
1.	Trachéotomie	I	2 ans 3 mois	3 jours 17 heures.	Guérison
2.	"	IV	5 " 3 "	3 " 22 "	"
3.	"	XV	2 " 4 "	1 " 19 "	Mort.
4.	"	XXV	2 " 8 "	4 "	Guérison.
5.	"	XXVII	4 " 3 "	3 " 18 "	"
6.	"	XXXVII	6 "	2 " 23 "	"
7.	"	XLIV	4 " 6 "	2 " 21 "	"
8.	"	XLV	6 "	1 " 22 "	"
9.	"	XLVI	10 "	15 "	Mort.
10.	"	L	6 "	2 " 16 "	"
11.	"	LI	2 " 3 "	1 " 16 "	"
12.	"	LIV	5 " 2 "	2 " 17 "	Guérison.
13.	"	LVIII	6 " 6 "	6 " 16 "	"
14.	"	LXX	5 " 9 "	3 " 17 "	"
15.	Tubage.	VII	3 " 4 "	6 " 14 "	"

On ne manquera pas de faire sur-le-champ la double remarque qu'il n'y a dans ce tableau qu'un cas de tubage, et que ce tubé unique a gardé son tube aussi longtemps que le plus récalcitrant des trachéés.

Cette préférence marquée pour la trachéotomie, quand la vogue est au tubage, trouve-t-elle sa justification ? Elle peut du moins très-aisément s'expliquer, partie en s'appuyant sur notre expérience personnelle, partie sur les objections formulées par d'autres contre le tubage et que nous nous sommes appliqué à résumer.

Tout d'abord, nous reconnaissons volontiers que la proportion que nous présentons cadre mal avec la prépondérance absolue donnée de nos jours au tubage d'O'Dwyer, surtout aux Etats-Unis—et que cela nous étonne nous-même de ne pas subir l'enthousiasme général. Mais, cet enthousiasme que nous ne partageons plus, que nous partagerons peut-être encore, nous l'avons éprouvé. Il y a de cela longtemps, il est vrai ; mais nous nous le rappelons comme si c'était d'hier. Nous nous voyons encore pour la première fois en face d'une boîte d'O'Dwyer. Quel bel outillage ! Un jour, il fut (cet enthousiasme) chauffé à blanc. C'était en 1888, à notre société médicale, l'assistance nombreuse prêtait l'oreille à un brillant exposé de cas brillants par monsieur le professeur Hailes. Le devoir ne s'imposait-il pas d'entrer résolument dans cette voie ?

De notre temps, il est vrai, on nous avait enseigné que, entre un croup et sa réputation, le médecin *ordinaire* avait le droit d'opter pour celle-ci et de laisser *aller* l'autre ; et l'on nous citait même à l'appui, avec beaucoup de lyrisme, le cas d'une jeune demoiselle, riche, belle, fille unique, restée sur la table ! et le fait s'était passé en pleine ville..... Grâce à cet enseignement—et il devait être général, car mes contemporains ne faisaient pas autrement que moi —et grâce au fait que l'opérateur habile, que l'homme exercé n'était pas sous la main, en avions-nous vu, depuis que nous étions en pratique, trépasser de ces malheureux petits croupés ?—Mais l'enseignement a marché depuis lors.... De nos jours—jours à la chirurgie—c'est du haut de toutes les tribunes qu'on prêche d'intervenir dans les croups confirmés sitôt que la chose est nécessaire, et qu'on s'efforce d'inculquer dans l'esprit des jeunes générations l'obligation morale pour tout médecin de considérer cette intervention comme devant être pour lui de pratique courante—et les jeunes générations ne sont pas sourdes ! De la sorte, on évite à ces cas terribles de rester sans soulagement, et aux..... spécialistes de se défendre de leurs mauvais cas sur le fait qu'on les a appelés trop tard ! ! Nous résolûmes donc, l'occasion se présentant, de nous mettre à l'œuvre. Entre 1890 et 1892, j'arrivai à une série de 7 cas. Résultat : tous morts. Ah ! ce n'était pas encourageant, et d'autant moins qu'il y en avait, me semblait-il, qui auraient si bien dû vivre, cas beaucoup plus favorables, par exemple, que plusieurs cas de trachéotomie rencontrés plus tard et réchappés. J'étais donc loin des résultats obtenus ailleurs. En cherchant toutefois, je trouvai bientôt que je n'étais pas le seul à ne pas réussir et que d'habiles opérateurs, quand, sur appel, ils avaient transporté leur savoir faire du terrain qui leur était propre sur le nôtre, avaient comme moi échoué. Heureux chez eux, leur bonne fortune ne les suivait pas jusqu'ici. Je recueillis de la sorte 3 obser-

vations ; j'ai garde de ne pas les donner, elles ont trop contribué à orienter mes préférences : Mabel L, 4 ans, médecin, Dr J. H. M., opérateur, Prof. H., morte 10 heures après, 22 janvier 1888 ; Willie T., 22 mois, médecin, Dr H., opérateur, Prof. H., mort 12½ heures après, 12 février 1888 ; Joseph B., 6 ans, médecin, Dr J. D. M., opérateur, Dr E. D. F., mort 2 jours 20 heures après, 22 août 1892. A coup sûr, ce n'était pas la haute habileté des intubateurs qu'on aurait pu révoquer en doute.

Rebuté, j'abandonnai l'intubation et me tournai vers la trachéotomie. Bientôt, autre série de 6 cas, tous guéris, moins un, apporté moribond sur la table. Ce revers n'entrait vraiment pas en ligne de compte ; et dans la suite nous ne voulûmes plus faire que de la trachéotomie. Ayant ainsi obtenu de très bons résultats de la trachéotomie, par contre le tubage ne nous ayant occasionné que des déboires, peut-être sommes-nous mal placé pour juger la question. Hâtons-nous donc de dire que notre défaut de sympathie pour le tubage ne provient pas de ce que nous ne trouvons pas l'opération relativement facile. Malgré que nous n'ayons jamais pratiqué sur le cadavre, nous avons été assez heureux pour ne jamais manquer une intubation ; la première seule nous trouva nerveux et ne fut réussie qu'à la quatrième reprise. De même à l'extraction, qu'on considère le temps vraiment difficile du procédé, j'ai eu le bonheur de n'être jamais embarrassé. Puis, il y a la rapidité d'exécution qu'il faut concéder ; avec un peu d'habitude, rien ne peut lui être comparé ; quelques secondes suffisent, la plupart du temps, pour poser un tube, une fois que l'ouvre-bouche est en place. Dans un cas de nécessité, on peut, pour opérer, se dispenser plus aisément qu'en trachéotomie de l'aide d'un ou de deux confrères ; j'ai ainsi intubé seul avec le père et un voisin. Concédons encore que la manœuvre n'étant pas sanglante, on obtient de meilleur gré le consentement de l'entourage, et que, par là même, pouvant opérer plus tôt, on opère dans de meilleurs conditions.

Mais tout cela ne compense pas les quatre raisons capitales qui, chez nous ont tenu le tubage en défaveur : *La mise en scène, le rejet du tube, son obstruction, et la difficulté de la déglutition.*

A propos de *mise en scène*, comparez comment les choses se passent aux deux opérations. S'agit-il de trachéotomie, les préparatifs, il est vrai, sont plus longs, mais tout se fait tranquillement, en silence, sans cris, sans résistance, et...quand la famille revient, c'est que la respiration douce et facile a remplacé les efforts rauques et stridents de tout à l'heure, et généralement l'enfant, privé depuis longtemps de sommeil, dort paisible. Devez-vous tuber au contraire, l'enfant est saisi, ligoté, emmailloté ; l'aide lui-même a besoin de se protéger au moyen d'une toile cirée, car, dans la contrainte qu'on va lui infliger, l'enfant tantôt perdra le contrôle de ses sphincters. Le placement de l'écarteur a lieu, il n'est pas toujours facile ; on mentionne des cas où il a échoué, mettant dans l'obligation de recourir à la trachéotomie. Une fois en place, le *spectacle est horrible* (l'expression est de M. Rabot, médecin à la Charité), l'enfant semble en imminence de crises convulsives. Et puis, si l'opérateur déclanche et manque son coup, et qu'il lui faille recommencer..... Continuation du spectacle horrible ! Et, pendant ce temps, l'enfant bleuit, et quelquefois asphyxie, si bien qu'il faut se désister,

laisser reposer, puis se reprendre. Et si c'était tout! Mais, plus tard, arrive le temps de retirer ce tube, nouvelle mise en scène; le spectacle est le même, *tout aussi hideux* (autre expression de M. Rabot). Et si l'opérateur ne parvient pas à dégager le tube, si l'instrument dérape, il lui faut prolonger d'une façon inquiétante le hideux spectacle, ou se désister et attendre, et quelquefois avoir recours au chloroforme, comme l'admet monsieur le professeur Hailes (*Medical Annals*, 1888).

Le tube est en place—nous entrons dans une nouvelle phase. L'enfant *gardera-t-il son tube, ne le gardera-t-il pas?* Impossible de le prévoir. On a compilé toutes sortes de statistiques sur le rejet des tubes, preuve qu'il est fréquent. Dans notre très-restreinte expérience, deux de nos patients rejetaient leur tube.

Impossible aussi de prévoir si *ce tube sera ou ne sera pas obstrué.* Et il y a toutes les chances qu'il le devienne, s'il y a de la trachéite ou de la trachéo-bronchite, par détachement subit de paquets membraneux. Et cette complication, à moins qu'on ne perçoive le *bruit de drapeau*, on n'a pas de données qui nous permettent d'en fixer l'évidence avec certitude; on a trouvé à l'autopsie des trachées et des bronches blindées d'exsudats néo-membraneux chez des sujets qui avaient à peine toussé pendant la vie. De même est-il impossible de prévoir que des corps étrangers fins, particules alimentaires, grumeaux de lait, gouttes de liquides, pénétreront ou non dans les voies aériennes. De là la nécessité d'une surveillance sans relâche des intubés. Or, cette surveillance est-elle bien facile dans la clientèle privée—je parle de la pratique courante, de celle qui se recrute dans les classes moyennes et, à plus forte raison, dans les classes pauvres—et c'est dans ces milieux surtout—tout le monde le sait—que la diphtérie se rencontre et qu'elle exerce ses ravages dans les temps d'épidémie? Il suffit de poser une telle question pour la résoudre. Nous ne pouvons donc pas nous ranger à l'opinion de ceux qui prétendent que les soins post-opératoires à donner à un intubé sont moins importants et requièrent moins de savoir que ceux que réclame le trachéé, ni à l'avis de ceux qui veulent tuber en dehors d'un hôpital ou dans un lieu où la surveillance médicale permanente est impossible. On conçoit que les médecins d'hôpitaux puissent considérer la trachéotomie comme une opération d'exception. Pour eux, comme pour certains médecins de ville, pourvus d'aides nombreux, entourés d'assistants et d'infirmières, ayant les moyens de transformer d'une heure à l'autre les appartements nombreux et spacieux du riche en "salles d'opération", pouvant s'y installer avec tout leur outillage et leur personnel au complet, on comprend que, en raison de sa facilité et de sa rapidité, le tubage puisse être le procédé de choix. Ils sont prêts à toute heure, et à parer à tous les inconvénients; le médecin intubateur sera là à bref délai; en cas d'urgence, la garde expérimentée saura enlever le tube obturé qui menace le sujet d'asphyxie, par exemple, par le procédé ingénieux *d'énucléation à pouce* de M. Bayeux, adopté entre autres par Trumpp. Je le répète, il n'en est plus ainsi dans la clientèle ordinaire, soit parce que ces précautions, bien qu'indispensables, excèdent les moyens de la famille, soit parce que le médecin est dans l'impossibilité radicale de se dévouer à un seul malade, et qu'il est dépou-

vu d'aides et d'assistants qui le puissent remplacer. Ainsi, pouvons-nous répéter avec M. Bayeux : " Les suites du tubage, qui sont sans danger dans un milieu organisé, seront, au contraire, pleines d'embûches dans un milieu isolé, loin d'une surveillance compétente." On ne peut donc pas trop s'élever contre l'opinion émise (Washam, Northrup), que le sujet intubé n'a pas besoin comme le trachéotomisé des soins assidus et continuels du médecin. Réellement, c'est la proposition contraire qui est vraie. Ce sont les trachéés qu'on peut abandonner sans trop d'inquiétude aux soins d'aides, même inexpérimentées. Ç'a été notre expérience réitérée qu'une personne plus qu'étrangère à l'art médical, des parents qui n'avaient pour les guider que leur instinct familial, voire même un gardien de quarantaine, faisant de nuit sentinelle à la porte (Obs. XXVII), pouvaient donner le soin requis. Deux fois seulement eûmes-nous l'avantage d'opérer chez des gens dans un état de fortune qui leur permettait de se procurer les services d'infirmières diplomées, Obs. XLV et XLVI. Avec le trachéotomisé. pas de rejet du tube et pas de phénomènes subits de tirage—ou du moins rarement par obstruction du tube. Si la canule s'embarrasse, l'aide improvisé s'enhardit assez promptement à retirer et nettoyer la canule interne et à rétablir par là sa perméabilité. Dans l'urgence, il peut même faire sauter tout l'appareil (plus d'une fois cela a été fait d'après nos instructions) ; les violents accès de toux qui s'en suivent entraînent au dehors les débris de membranes ou les bouchons de mucus épaissis; s'il le faut, il saura aussi facilement se servir du pulvérisateur. Dans tous les cas, le médecin aura le temps d'arriver pour remettre tout en place (Obs. XLIV). En effet—ceci est encore digne de remarque—la reprise immédiate du tirage est rare, si, pour une cause quelconque, on retire tout l'appareil chez le trachéotomisé ; si le tirage revient, ce n'est que graduellement. Cette reprise soudaine est, au contraire, de fréquente occurrence chez ceux qui rejettent leur tube. On l'explique par le fait que le tube, étant rejeté dans une crise de toux, cette crise continue après le rejet et ramène le spasme. Au Pavillon Bretonneau (Bayeux), on a remarqué que le sujet redevenait absolument asphyxique en moins de cinq minutes. Pour éviter ces crises de toux, il faut aussi éviter avec le plus grand soin toute excitation pouvant provoquer la toux. Or, la plus grande de ces causes excitantes, c'est l'alimentation par la bouche.

Cela nous amène à considérer le quatrième et, à notre avis, le plus formidable inconvénient du tubage : l'inévitable, souvent l'insurmontable *difficulté de la déglutition.* Et pourtant il faut nourrir l'enfant ; c'est le premier des besoins, après l'air qu'il respire. Or, chez le plus grand nombre, au moindre effort pour avaler, quintes de toux fort pénibles, quelquefois suffocantes. Pour y obvier, on s'est ingénié de toutes les façons, on a eu recours à tous les artifices. La *position renversée* de même que le *gavage* ont leurs partisans. Nous les avons essayés l'un et l'autre, ils nous ont désappointés, et souvent ils nous ont paru barbares. Le nervosisme de certains enfants les fait se débattre à outrance et entrer dans de véritables accès de rage. Du reste, dans la position renversée, le cou en extension forcée, l'occiput dirigé vers le plancher, il s'en faut que les liquides coulent toujours sur la voûte du palais pour arriver directement sur la paroi postérieure du pharynx et de là gagner l'œsophage. Quant

au procédé de *succion*, face en bas, hanches élevées, sur le travers d'une chaise ou des genoux, s'il est praticable, il n'est d'aucune utilité. Peut-être pourrait-on accorder plus de crédit au gavage par la sonde œsophagienne, ou encore mieux au moyen d'un cathéter Nélaton à travers les fosses nasales, procédé mis en pratique au " Boston City Hospital " par le docteur Henry Jackson, mais outre le fait seul que ce procédé, étant nécessairement à répétition (à toutes les 4 heures ou environ), est peu acceptable dans la clientèle privée—quel est le médecin capable de se trouver aussi souvent chez son patient pauvre ?— écoutons ce qu'en dit très récemment M. Déléharde : " On a préconisé le gavage... Il ne convient pas d'accorder une grande valeur à ce procédé, car il fatigue l'enfant et l'exaspère. Cette manœuvre est souvent même impraticable chez les enfants indociles ou trop jeunes pour obéir aux recommendations du médecin." Et chez ceux plus âgés, mais tout aussi indociles, et qui opposent de la résistance ?...

On a dit : *Enlevez le tube—et servez à manger, laissant l'enfant sans tube aussi longtemps que possible.* Cela parait beau en théorie, mais on oublie que l'enfant, tourmenté par une extraction pénible, se refuse souvent alors à manger, et que, s'il ne s'y refuse pas, on découvre qu'il avale aussi mal que s'il avait son tube—par suite de l'endolorissement et de l'espèce de paralysie par pression que sa glotte a subis—et que les quintes de toux, que l'effort de déglutition a provoquées, ramènent rapidement l'asphyxie ; souvent elle revient sur le moment même qu'on enlève le tube. J'ai eu ce double spectacle d'enfants qui étouffaient sur le fait de l'extraction du tube et qui avaient à être retubés avant que d'avoir pu essayer de manger, ou qui en étaient à cette nécessité du moment qu'ils essayaient de le faire. Mais, supposant que les choses se passent bien, voilà encore un procédé qu'il faut répéter plusieurs fois par jour, et pendant plusieurs jours. Il devient de plus en plus difficile à mesure qu'il est répété, et finit, si le tubage se prolonge, par devenir intolérable. Aussi, cela a-t-il fait dire à M. Rabot : " L'alimentation est ce qu'elle peut pendant les jours que l'enfant est tubé." Ce qui n'est guère consolant pour l'intéressé. Pour nous, cela nous à porté à *supprimer toute alimentation par la bouche.* C'est ce que nous avons fait, par exemple, dans l'unique observation que nous rapportons (Obs. VII), voulant éviter de harasser notre malade, obvier aux efforts de toux qu'auraient occasionnés des gouttes de liquides tombant dans la trachée, et empêcher que la chute de particules d'aliments dans les voies respiratoires ne devînsent le point de départ d'une broncho-pneumonie grave. Comme compensation, nous eûmes recours aux *lavements nutritifs* (recours que, du reste, nous n'avons pas négligé dans d'autres cas antérieurs, moins heureux)—composés d'eau et de lait, largement d'eau—et comme ils ne parvenaient point à soulager la soif dévorante dont le petit patient donnait les signes les plus navrants, nous leur adjoignîmes le *bains prolongés.* Mais comme il y a loin de ces tracas, de toutes ces mesures extrêmes à la facilité et souvent la jouissance avec lesquelles nos trachéés se nourrissent ! Dès le lendemain, souvent dès le jour même, vous les voyez assis sur leur lit, ne souffrant ni de faim ni de soif, prêts à jouer, ne demandant que des compagnons, que la sérothérapie ne leur refuse plus.

Ah ! oui, je suis grand partisan de la trachéotomie. Je ne lui fais qu'un reproche : la mort sous le couteau. Mais rappelons-nous que, s'il y a des trachéotomisés qui meurent sous le couteau, il y a aussi des tubés qui sont morts, soit quand on plaçait l'ouvre-bouche (Valdémar Damm, 1 Obs.), soit pendant les essais d'introduction du tube (1 Obs., idem.). Rappelons aussi qu'il y a des tubages où l'application du tube ne soulage pas du tout l'asphyxie, le tube semblant bourrer de haut en bas la trachée par refoulement des exsudats, et que M. Variot a relevé des cas où, l'enfant ne respirant plus, on avait été forcé de trachéotomiser sans prendre le temps de retirer le tube.

Si je ne trouve qu'un reproche à faire à la trachéotomie, il n'en manque pas qui lui en font d'autres.

On lui reproche, pour commencer, la nécessité d'employer l'anesthésie, qui augmente les dangers d'asphyxie. Il faut s'entendre. La sténose participe de deux éléments : spasme et fausses membranes. Si le spasme prédomine, on le voit se relâcher sous l'influence du chloroforme, l'enfant respire plus à l'aise et tout est pour le mieux. Si, au contraire, ce sont les fausses membranes, la gêne respiratoire s'accuse davantage et l'asphyxie peut être bientôt à son comble ; l'enfant ne respire plus et paraît inanimé (Obs. LXX). Déjà, avant ce point, vous savez que vous ne devez plus pousser l'anesthésique, que vous n'en avez plus besoin, et que vous n'avez qu'à vous hâter. Comme alors vous ne craignez plus d'être aveuglé par le sang dans la plaie, procédant par une sorte de trachéotomie d'un seul coup (méthode de Saint-Germain modifiée), une demi-minute vous suffit pour mettre votre canule, et vous recourez à la respiration artificielle. Généralement, vous voyez vos efforts couronnés de succès. Je n'ai jamais eu qu'un malade qui ait succombé sous l'opération, et encore c'était le soir, par une lampe fumeuse, sur le coin d'un poële (!), et le sujet fut porté sur la table *in extremis*.

On dit encore que la trachéotomie, opération plus grave, produit un choc (shock) plus considérable et épuise davantage. Telle n'est pas mon impression. D'abord, nous savons que les enfants supportent tous admirablement le chloroforme, et qu'ils s'en réveillent pour retomber dans un sommeil paisible ou pour reprendre leur allure ordinaire, contrairement à nous, susceptibles que nous sommes de passer par toutes sortes de réflexes. Et ensuite, je ne comprends pas que le choc, que l'ébranlement nerveux ne soit pas beaucoup moindre pour l'enfant qui n'a rien senti, et qui se réveille sans savoir ce qui lui est arrivé, que pour celui que l'opération nous a obligé de contraindre et que le besoin involontaire de résistance et l'imminence d'un danger inconnu jettent nécessairement dans les transes. C'est bien autre chose si vous avez à recommencer. Et c'est bien autre chose dans les soins consécutifs. Ce trachéotomisé, que vous n'avez pas violenté, laisse de bon gré son entourage—surtout si c'est sa mère—retirer la canule, renouveler les pansements ; il n'y a rien de terrible à cela. Chez le tubé, au contraire, nous l'avons déjà fait voir, si le tube s'obstrue, si le malade fait mine d'étouffer, il n'y a pas de milieu, il faut détuber et retuber, c'est-à-dire, reprendre toute la procédure qui l'a si rudement éprouvé.

On dit encore que l'air qui pénètre dans les poumons n'est plus aussi chaud et qu'il cesse d'être commo tamisé par son passage à travers les fosses nasales, et que cela peut être cause d'infection générale (Happel). On a vite fait justice de cette objection, si l'on élève la température de l'air ambiant, si l'on charge cet air de vapeurs aromatiques, si l'on protège l'ouverture de la canule en l'abritant sous une éponge de volume assez fort, tout le temps imprégnée d'une solution aseptique.

On parle aussi de l'infection de la plaie. Pour notre part, nous ne l'avons jamais rencontrée, ce que nous avons attribué aux soins extrêmes, à l'antiseptie rigoureuse que nous apportons dans les pansements.

On s'oppose de même à la trachéotomie en raison des ulcérations et même des nécroses de la trachée qui ont suivi son emploi. Est-on bien à l'abri de pareils accidents avec le tubage? Sans compter un cas de fausse route à travers le ventricule du larynx, signalé par Variot, on met au compte du tubage, parmi 49 autopsies, 10 p. c. d'ulcérations laryngées, et ceci n'est tiré que d'une statistique (V. Damm).

On comprend qu'il est fait mention d'autres désavantages, mais ils sont d'ordre inférieur et il est inutile de s'y arrêter.

Ne terminons point sans rechercher si la statistique autorise à préférer le tubage à la trachéotomie.

La discussion ne serait pas longue, ni le choix difficile, si nous rencontrions partout des résultats aussi étonnants, disons le mot, aussi extraordinaires que ceux qu'ont obtenus, par exemple, MM. les docteurs Rosenthal, de Philadelphie, Neff, de New-York, Booker, de Baltimore; résultats consignés dans le rapport de l'" American Pediatric Society ", page 14; Rosenthal, dix-huit tubages, seize guérisons ; Neff, vingt-sept tubages, vingt-sept guérisons ; Booker, dix-sept tubages, dix-sept guérisons; Seward, huit tubages, huit guérisons: proportion, 100 p. c. Peut-être n'est-il pas sans à propos de ne pas se laisser entraîner à l'espérance que ces chiffres sont appelés à se répéter chez tous les tenants de l'intubation, car ce même " rapport " nous donne, côte à côte avec ce rendement phénoménal, celui obtenu par O'Dwyer lui-même, le père de la méthode, et par McNaughton, autre opérateur distingué de Brooklyn. Leurs chiffres, à l'un et à l'autre, ne dépassent pas 66.7 p. c , bien que soutenus par la sérothérapie. Avant le sérum, ces messieurs n'arrivaient qu'à la moitié, ou à peu près, de cette moyenne. Si nous rapprochons de ces chiffres ceux fournis par la médecine française, par exemple, ceux relevés à l'Hôpital Trousseau, par M. le docteur Valdémar Damm, de Copenhague, nous voyons qu'ils ne s'écartent guère. En l'année 1894-95, il y a eu, au Pavillon Bretonneau, 231 tubages. Ces 231 cas donnent 56 p. c. de guérison ; mais dans 48, il a fallu une trachéotomie consécutive, c'est-à-dire dans plus d'1-5 des cas; dans 32, la tentativ de tubage avait été infructueuse, et par des experts comme M. Variot, comm M. Bayeux, moniteur d'intubation ; et cette trachéotomie consécutive a aidé sauver les tubés dans une proportion de 16 à 20 p. c. (Variot). De même, M Gillet donne des relevés qui établissent, pour les deux opérations, un pourcentag à peu près le même, 30 p. c. dans un cas, 31 p. c. dans l'autre.

Et l'emploi de la sérothérapie a-t-il changé cette concordance ? Pas qu'il y paraisse. Le sérum a favorisé également les deux procédés si l'on s'en rapporte aux résultats obtenus, par exemple, à l'Hôpital des Enfants malades, 60 et 61 p. c., ou par des praticiens comme Chaillou, Martin, D'Asthos, Saint-Philippe de Bordeaux, dont les chiffres roulent autour des 50 p c., qu'on tube ou qu'on trachéotomise. Ces chiffres—américains ou français— ne nous paraissent donc pas de nature à faire abandonner la vieille méthode de Trousseau, pour sa sœur plus jeune.

Nous ne voulons cependant rien exagérer et nous concéderons les circonstances où il conviendra de donner la préférence à la méthode Bouchut-O'Dwyer. Là où les intéressés s'opposent formellement à l'intervention sanglante ; alors, naturellement, il n'y a qu'à s'incliner. Là où l'on n'a véritablement pas le temps de se préparer pour une trachéotomie ; l'enfant suffoque. Là où vous êtes en doute sur le diagnostic ; peut-être n'êtes-vous qu'en présence d'une laryngite striduleuse ? mieux vaudrait ici avoir fait l'opération moindre. Là où le sujet est très jeune, surtout chez les enfants gras et à cou court, en raison des difficultés de la trachéotomie. Il a été démontré, croyons-nous, que la statistique est ici en faveur du tubage ; ainsi Booker inclut, dans ses dix-sept tubés guéris, un bébé de 10 mois et un autre de 7½ mois. Telle, peut-être, aurait pu être notre expérience dans l'obs. XLVI, bébé de 9 mois 22 jours, si, au lieu de trachéotomiser, nous avions tubé. Notre raisonnement et notre regret tirent surtout leur force du fait que nous avons perdu notre malade. En dehors, toutefois, de ces circonstances—et elles nous semblent former l'exception— nous continuerons d'adhérer à ce qui a été notre pratique. Pour nous résumer, nous ferons, non par choix, mais par nécessité, du tubage, mais nous resterons partisan convaincu de la trachéotomie.

(*A suivre.*)

La médication thyroïdienne contre les états congestifs des organes génitaux féminins.—La médication thyroïdienne appliquée par M. Jouin, de Paris, au traitement des états congestifs du pelvis et à la cure des fibromes de l'utérus, a été pronée par lui au Congrès de Moscou.

Cette méthode, dit-il, toujours favorable, mérite de prendre place dans la thérapeutique à côté de tous les agents décongestionnants et en particulier de l'électricité. Elle agit particulièrement de la façon la plus heureuse sur l'élément hémorragique.

Grâce à elle, on peut obtenir la guérison complète et définitive des hémorragies purement fonctionnelles si tant est qu'il en existe, et même des hémorragies qui relèvent de lésions simples et bénignes (ménopause, flexions, versions etc.)

Elle arrête toujours l'évolution des fibromes, en amène souvent la régression et permet d'obtenir la guérison des cas simples et soumis prématurément à cette médication.

NOTES DE CLINIQUE.

LA PEAU À L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.

Par Eug. ST-JACQUES, M. D.

Acné.—La diathèse a une influence toute spéciale sur l'évolution de l'acné, ressemblant en cela à l'eczéma qui, malgré ses manifestations variées, sera, dans l'ensemble de son processus, profondément modifié par le terrain sur lequel il sera greffé. Le patient est-il scrofuleux, l'acné aura une marche indolente, et tendra à l'inflammation et à la suppuration ; y a-t-il une diathèse syphilitique, la tendance alors sera à l'ulcération, et la cicatrice qui en résultera, si l'ulcère a été profond, sera déprimée et cuivrée ou violacée.

Une femme se présente-t-elle à vous souffrant d'acné rosacée ou couperose, voyez s'il n'y a pas quelque trouble utérin.

Acné bromique.—Le traitement au bromure, comme d'ailleurs à l'iodure, et particulièrement par les sels de potasse, produit parfois des éruptions acnéïques. Ce qui est à remarquer, c'est que souvent on rencontre alors une idiosyncrasie très prononcée, évidente du reste par la petitesse des doses de bromure.

Le diagnostic, pour ce qui est de la nature et de la cause de l'éruption, sera aidé du fait que le patient est en cours de bromure, par la généralisation de l'éruption (non limitée à la face, dos et poitrine comme dans l'acné simple ou inflammatoire), et par l'amélioration assez généralement rapide sur la suspension du traitement bromuré. Les cliniciens anglais font ici administrer l'arsenic à petite dose.

Comme traitement : voir aux écarts de régime, donner attention au système digestif général, remédier à l'état diathésique mauvais par une médication appropriée. Localement, bains de figure à l'eau très chaude, simplement bouillie, ou boriquée en plus ; ou alcaline encore, borate ou bicarbonate de soude, afin d'enlever tout enduit graisseux de la surface cutanée. Le savon d'ichtyol fait très bien en certains cas. Unna donne beaucoup l'ichtyol à l'intérieur, à dose de 0.50 gramme comme moyenne par jour. Si l'hyperémie est forte, une lotion alcoolisée, contenant un astringent à faible percentage. Le savon soufré, la pommade et la lotion au lait de soufre, 5 à 15 0/0, feront très bien après les simples bains avec l'eau détergente. La lotion sera préférable à la pommade dans les cas de peau très huileuse.

L'ac. salicylique à faible part, 1/100, 1/200, sera ajouté au soufre avec grand avantage parfois, lorsqu'il y aura induration avec infiltration.

Dans un cas d'irritation marquée et subite, au cours d'un traitement pa ces contre-irritants, il faut suspendre tout à fait et appliquer la pommade à l'o zinc, ou le glycerolé d'amidon, L'acné prend-elle une forme francheme indurée, rosacée, alors les onguents mercuriaux, proto-iodure à 1, à 2 0/0, pr cipité blanc 5-10 0/0, ou l'emplâtre de vigo.

En cas graves, les scarifications.

ECTHYMA.—Rarement primaire ou idiopathique, l'ecthyma est presque toujours secondaire à une irritation et infection locales. C'est ainsi qu'il compliquera souvent la gale et le phthiriasis.

Ne pas oublier l'ecthyma de nature syphilitique, accompagné alors d'autres symptômes concommittants spécifiques.

SYPHILIS.—L'éruption syphilitique tranche par des caractères bien spéciaux, et par une série de manifestations qui indiquent un envahissement graduellement plus profond des différents tissus de l'organisme. Les manifestations dermiques, qui au premier abord sont si superficielles, simple érythème ou roséole, évoluent bientôt vers la forme papuleuse, qui à son tour devient aisément pustuleuse (acné, impétigo, ecthyma rupia spécifiques). Après quoi survient une période latente, de plusieurs semaines à plusieurs mois, voire même permanente chez quelques-uns, suivie tôt ou tard généralement par des lésions des tissus profonds, ostéo-périostites (tibia et crâne), myosite (langue et biceps), envahissement des centres nerveux, cérébraux et spinaux.

On est facilement frappé d'un ensemble de détails qui dominent toute l'évolution des troubles dermiques spécifiques. L'éruption a tout d'abord un caractère polymorphe marqué, *i. e.* à côté d'un érythème à peine saisissable ou d'une roséole légère, on verra des éléments papulaires de toutes les dimensions, petits et gros, les uns à épiderme simplement rosé mais intact, les autres à la période ulcérative, tandis que tout à côté d'autres seront en desquamation marquée.

Cherchez l'apparence cuivrée de ces lésions spécifiques, coloration due à l'altération des éléments sanguins extravasés, nécessairement sous l'effet du virus syphilitique. Presque toujours ces lésions cutanées sont à contours ronds et bien marqués ; elles évoluent sans causer de prurit, sans donner lieu à la douleur ; sauf évidemment les lésions profondes, telles que glossite et ostéo-périostite.

Une ulcération de muqueuse, reposant sur une base *indurée*, doit toujours donner l'éveil, et faire rechercher d'autres symptômes concomitants, engorgement ganglionnaire, lésion initiale.

La période suppurative, si le traitement est actif, est de courte durée en syphilis.

L'acné spécifique a ceci de particulier qu'elle affecte surtout l'abdomen et les cuisses tandis que la face, la poitrine et les épaules sont les sièges de prédilection de l'acné ordinaire. L'acné syphilitique laisse une cicatrice déprimée et à coloration cuivrée ; l'acné vulgaire laisse une trace blanche et dans les cas graves seulement.

L'ecthyma de la scrofule se porte surtout aux extrémités inférieures, tandis que l'ecthyma spécifique se montre un peu partout.

Comme traitement rien de particulier : mercure à la première période ; l'iodure de potasse seulement lorsque les accidents tertiaires font leur apparition. On emploie avec grand succès l'emplâtre de Vigo et le sparadrap rouge (sulfure rouge de mercure) en applications locales sur les gommes.

P. S.–Un cas particulièrement intéressant dans le service du Dr Balzer. Jeune

homme de 24 ans, à sa sixième semaine seulement d'infection syphilitique, et qui fait, outre des ulcères de gorge particulièrement marqués, une néphrite parenchymateuse aiguë : tubuli en quantité, 8 grammes d'albumine au litre. Aucune infection urétrale, ni vésicale. Cependant à noter, et d'importance majeure ici, une attaque de scarlatine assez forte alors qu'il était jeune : aucun détail précis sur cette fièvre exanthématique antérieure.

Eczéma.—Avant de donner un aperçu des traitements de ce groupe de dermatoses si fréquentes et tenaces, tels que vus aux cliniques de St-Louis, laissez-moi rapporter ici les conseils que Besnier met en tête de son chapitre sur l'eczéma.

" Il n'y a pas de traitement général de l'eczéma, il n'y a que des eczéma-
" teux qu'il faut traiter non seulement selon l'espèce particulière d'eczéma dont
" ils souffrent, mais encore selon leur état diathésique, selon les conditions d'or-
" ganes et de fonctions qu'ils présentent. Celui qui traitera le mieux un eczéma-
" teux, au point de vue général, sera celui qui analysera avec le plus de sollicitude
" et de compétence la situation particulière de chaque malade, et qui fera le
" nécessaire pour rectifier dans son hygiène, dans sa situation locale, dans ses
" conditions morales, en même temps que dans ses organes et ses fonctions, tout
" ce qui peut être défectueux. "

Le régime alimentaire est une des premières choses qui doit attirer l'attention du médecin : tout excès de ce côté à être corrigé, pas d'alcool, pas ou peu de vin, surtout pur, à peine de café ; ni charcuterie, ni viandes faisandées ou trop assaisonnées.

A l'intérieur, un traitement en rapport avec la constitution ; car il n'y a qu'à faire quelque temps de la peau, pour remarquer quelle influence le terrain a sur l'évolution d'un eczéma. C'est ainsi que le scrofuleux aura une tendance aux manifestations pustuleuses et crustacées, à évolutions lentes ; chez l'arthritique, la tendance à l'état aigu, inflammatoire, sera marquée ; le nerveux souffrira d'un prurit souvent peu en rapport avec l'intensité des lésions.

A chacun une médication interne appropriée : au scrofuleux, les toniques-altérants, les sulfureux, les eaux sulfureuses (St-Germain, Cauterets, Enghien) ; à l'arthritique, les alcalins, les eaux de Vichy, Vals,... ; aux nerveux, les sédatifs.

Quant à l'arsenic, qui a ses adeptes, tandis que d'autres n'en veulent point voir, il est nuisible à la période aiguë d'un eczéma.

Pour ce qui est du traitement externe, distinguons tout d'abord l'état aigu et chronique.

Pas de pommades à la période aiguë, dit Balzer ; gardons-les pour les manifestations chroniques. Ici c'est une médication émolliente : cataplasmes de fécule de pommes de terre, compresses d'eau de guimauve, de fleurs de sureau blanc ou d'eau fraîche *bouillie*, tout simplement.

Laissez-moi dire combien on tient en haute estime l'eau bouillie, comme topique local en dermatologie. Et en revanche, je dirais presque l'horreur pour l'acide borique, en poudre ou lotion. On a tant et plus souvent remarqué des

dermatites plus ou moins aiguës, des poussées plus ou moins actives dues aux applications boriquées.

Si l'eczéma est tres étendu, alors le glycérolé d'amidon, ou le bain d'amidon (½ à 1 gr. d'amidon par bain.) Chez quelques malades, rares, les poudres inertes feront mieux : talc, oxyde de zinc, amidon.

Si l'eczéma est impétigineux et crouteux, alors la première chose est de nettoyer et débarrasser des croutes par les compresses aux eaux ci-dessus données ou avec l'huile d'olive ou d'amandes douces.

La période aiguë passée, alors les onguents, dont le meilleur est à l'ox de zinc. On y joint avantageusement, dans les cas un peu traînants, le dermatol (5 à 10o/o) ou l'ichtyol (3 à 5o/o). Les Allemands en particulier emploient fort ce dernier médicament.

Mais là où la thérapeutique et aussi la patience du médecin, encore moins que celle du patient cependant, sont taxées à leur mesure, c'est dans les cas chroniques.

Ici les médications plus fortes sont de réquisition. Le glycéré d'amidon à l'acide tartrique (5o/o) ; auquel Brocq ajoute avec succès dans certains cas l'ac. salicylique (2 - 4o/o), réussira bien. L'huile de cade, l'oxyde jaune de mercure, le précipité blanc, autant de médicaments à être employés sur indications spéciales, tel que par exemple dans l'eczéma impétigneux, l'eczéma de la barbe et des sourcils....

Ac. Tartrique 1. gramme
Ac. Salicylique 1. —
Glycéré d'amidon 25. — M.

BROCQ.

Précipité jaune, 1. gramme.
Huile de cade, 3 à 5. —
Glycéré d'amidon 30. — M.

VIDAL.

Sous-nitrate bismuth. } aa
Précipité blanc } 1 gramme.
Vaseline. 10 — M.

SUBLINSKI.

L'eczéma des mains et des pieds, de même que celui assez fréquent des plis fléchisseurs des membres, ne guérit qu'avec le repos. L'amélioration de l'eczéma des mains, surtout celui dit " professionnel " (des laveuses, des boulangers, des massons, des corroyeurs,) fait généralement des progrès rapides, si l'on soustrait à la cause irritante, pour quelques jours du moins, en même temps que l'on applique des compresses aux lotions d'eau bouillie, de sureau, de guimauve, le tout recouvert de taffetas ciré, et alterné avec la pommade à l'ox. de zinc. Avec la pommade, évidemment pas la soie cirée. L'eczéma de la plante et de la cheville du pied requiert " nécessairement " le repos absolu au lit pour quelque jours; tout autant que l'eczéma variqueux nécessite le même repos et la compressiou en plus. La lésion guérie, il faut ici faire porter une jambière élastique.

L'eczéma intertrigo, des plis du cou, de l'aine, et de l'espace inter-fessier chez les enfants, du replis du sein et des grandes lèvres chez la femme, des bourses chez l'homme, demande l'isolement des parties à l'aide de coton hydrophile, après les avoir saupoudrées d'un mélange de bismuth, oxyde de zinc, tale et amidon.

Voilà quelques aperçus bien sommaires sur certaines dermatoses assez souvent rencontrées par le practicien général, et telles que traitées par les dermatologistes français.

Mais disons-le encore, chaque cas particulier comporte en soi ses lois et ses indications spéciales : on ne peut dans le général que tracer les grandes lignes comme points de repère.

Les deux meilleurs traités sur les affections de la peau sont " Diagnostic et traitement de la peau " par Dr Brocq, (Librairie Doin), et Précis Iconographique des Maladies de la Peau, avec 50 planches en couleur, par Dr Chatelain (Librairie Maloine). Brocq est plus méticuleux, plus détaillé, va plus au fond des choses qu'il analyse en détails,—avec surcharge de détails peut-être ;—Chatelain est plus concis tout en donnant tous les détails nécessaires et le diagnostic différentiel. Il est plus clair de traitement et partant plus facile à consulter.

Paris, Octobre 1897.

BIBLIOGRAPHIE.

Dr A. Brault, Médecin de l'Hôpital Tenon, chef des Travaux pratiques d'Anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Paris. — **Les artérites et les scléroses.** Petit in-8 (*Encyclopédie scientifique des aide-Mémoire*).

Broché..... 2 fr. 50 c. | Cartonné..... 3 fr.

Dans ce second Volume, l'auteur montre que toutes les formes d'inflammations et de destructions organiques dérivent de *l'action directe* des divers agents d'irritation, figurés (bactéries) ou non figurés (poisons minéraux, toxines), sur les éléments anatomiques.

Ce qui revient à dire que les vaisseaux, *à moins d'être totalement oblitérés*, n'ont pas de rôle prépondérant ou directeur dans la succession des actes inflammatoires et des processus destructifs Néanmoins, la plupart de nos organes étant largement vascularisés, les vaisseaux participent souvent à l'inflammation Suivant qu'ils y prennent une part plus ou moins grande, la physionomie générale des lésions varie. Mais, en aucune circonstance, les modifications des artères ne commandent les altérations des différents tissus qui entrent dans la composition d'un organe, quelle que soit d'ailleurs la complexité de sa structure.

Cette indépendance des tissus vis-à-vis des vaisseaux se poursuit dans l'ordre des inflammations chroniques et des scléroses. Ici, les lésions des artères, et surtout celles des tissus connectifs, ont paru longtemps prédominantes. C'est là une simple apparence ; en réalité, dans toute glande chroniquement irritée aussi bien que dans toute muqueuse, les modifications des épithéliums et celles de la trame organique se développent parallèlement. En tout cas, l'hyperplasie conjonctive ne précède pas la destruction des épithéliums et ne saurait l'expliquer. D'ailleurs, le tissu conjonctive n'est altéré que dans la muqueuse, la glande ou l'organe malade ; il est presque toujours intact dans tous les autres.

Il en est de même pour les artères, de sorte qu'il est permis de conclure que les lésions des vaisseaux, du tisssu conjonctif, des épithéliums, etc., sont, dans un même organe, les effets connexes d'irritations variées. Par de nombreux exemples, l'auteur établit que la doctrine de *l'artério-sclérose généralisée* et des *fibroses primitives*, basée sur des arguments spécieux, doit être définitivement abandonnée.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE.

SUR LA CONSANGUINITÉ

Nous avons donné, (1) le 29 novembre dernier, le résumé de la discussion entamée à l'Académie de médecine de Belgique sur les unions consanguines. M. Demarbaix croit que ces unions ne sont pas dangereuses en général. M. Lentz pense que la consanguinité occasionne rarement, par elle-même, en dehors de toute cause héréditaire, des troubles nerveux de n'importe quelle nature.

Il n'en est pas de même s'il existe des tares chez les parents. Nous avons rapporté dans le *Scalpel* (23 février 96) l'observation, relatée par M. Bourneville, d'une famille issue de père et mère, cousins; le père avait eu un oncle lypémaniaque, interné; un cousin de la mère était mort idiot. Onze enfants naquirent du mariage : cinq furent idiots, un autre eut des convulsions et fut atteint de strabisme. MM. Bourneville et Courbarin signalent 38 cas d'unions consanguines dans les antécédents de 926 malades (épileptiques, hystériques, idiots), et M. Noir, sur 270 observations recueillies à Bicêtre, dans le service de M. Bourneville, relève 19 cas où la consanguinité figurait dans les antécédents, soit un pourcentage de 7 %.

M. Lefebvre, de Louvain, pour combattre les théories de M. Demarbaix, a communiqué à la dernière séance de l'Académie une statistique qu'il a dressée en dépouillant les documents concernant les deux infirmités principales attribuées par l'opinion commune au fait même de la consanguinité, c'est-à-dire la surdi-mutité et l'insuffisance des facultés intellectuelles désignée sous le nom d'imbécilité et d'idiotie :

De 460 mariages entre cousins germains (consanguins au 2e degré canonique, au 4e degré civil), il est né 1959 enfants. Sur ce nombre, il y a eu 9 sourds-muets et 36 imbéciles ou idiots.

Si l'on convertit ces nombres absolus en nombres proportionnels, on aboutit aux données suivantes : 19 sourds-muets pour 1000 mariages ou 5 sourds-muets pour 1000 enfants.

78 imbéciles et idiots pour 1000 mariages ou 19 imbéciles et idiots pour 1000 enfants.

Sans doute, dit M. Lefebvre, les chiffres que je viens d'apporter sont trop peu considérables pour permettre d'en tirer des conclusions définitives; toutefois, l'influence nocive de la consanguinité me paraît en ressortir clairement. En effet, si nous nous bornons à une seule question, celle de la surdi-mutité, nous trouvons qu'en Belgique, on compte 4.3 sourds-muets sur 10,000 habitants. Sur ce nombre, 3.65 sont des sourds-muets de naissance : ce sont les seuls dont on devrait tenir compte pour la comparaison, puisque les sourds-muets provenant de mariages consanguins le sont de naissance. Admettons pourtant que la population générale donne 4 sourds-muets sur 10,000 enfants. D'après les résultats statistiques que nous venons de fournir, une population issue tout entière de mariages consanguins (entre cousins germains) donnerait 50 sourds-muets sur 10,000 enfants.

Qu'on veuille bien le remarquer, cette proportion de sourds-muets attribuée à la consanguinité est plutôt diminuée qu'exagérée, puisque les sourds-muets

(1) *Le Scalpel.*

provenant des mariages consanguins sont repris eux-mêmes dans la population générale.

J'ai recherché, dit encore M. Lefebvre, si l'hérédité ne jouait pas un rôle dans la production de surdi-mutité chez les 19 enfants atteints de cette infirmité et voici les résultats de cette étude : ces 19 sourds-muets proviennent de 17 unions consanguines ; c'est donc à dire que 2 d'entre elles ont produit chacune 2 sourds-muets et les 15 autres chacune 1 sourd-muet. Or, la surdi-mutité n'existait chez aucun des 34 conjoints ; elle n'est notée chez aucun de leurs ascendants ; donc l'hérédité n'est intervenue pour rien dans la genèse de cette infirmité. Au reste, les travaux de Ménière ont prouvé depuis longtemps que la surdi-mutité, considérée en général, n'est pas une infirmité héréditaire, ou du moins ne l'est que très exceptionnellement.

SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES COURANTS ALTERNATIFS DE HAUTE FRÉQUENCE.

Deuxième note par MM. G. APOSTOLI et BERLIOZ présentée par M. D'ARSONVAL, à l'Académie des Sciences de Paris.

Depuis les découvertes physiologiques du professeur d'Arsonval, l'application thérapeutique des courants de haute fréquence est entrée dans la voie de la pratique, d'abord sous forme d'applications locales par le Dr Oudin, et ensuite en applications générales par l'un de nous (Apostoli).

Nous avons déjà fait connaître dans une première note (comptes rendus de l'Académie des sciences, séance du 18 mars 1895) les résultats de notre première année de pratique d'*auto-conduction ;* depuis lors, l'accumulation de faits plus nombreux nous permet de venir confirmer et compléter nos premières recherches et de mieux établir les bases des indications et contre-indications thérapeutiques.

Nous avons, de plus, depuis 1895, agrandi et perfectionné notre premier outillage thérapeutique.

L'*auto-conduction* seule par la cage ou le grand solénoïde, qui avait été presque exclusivement employée dans notre première année de pratique, a été complétée par les procédés suivants :

1) *Même auto-conduction* dans le même solénoïde avec *contact* complémentaire et simultané du malade par les mains à l'un des pôles du solénoïde.

2) Malade couché sur un *lit condensateur* avec contact polaire par les mains.

3) Même position du malade avec *révulsion* locale simultanée soit par la main du médecin, soit à l'aide d'une électrode spéciale.

4) Application *directe* au malade du courant engendré par un petit solénoïde.

5) Application *locale* et uniquement unipolaire avec le résonnateur du Dr Oudin soit sur la peau, soit dans le vagin ou l'utérus.

Nous nous bornerons aujourd'hui à mentionner seulement les résultats obtenus par le lit et la cage (avec ou sans contact), nous réservant de publier dans une prochaine note tous les faits qui ressortissent des autres modes d'application des mêmes hautes fréquences.

L'un de nous (Apostoli) a fait, au total, de janvier 1894 au 1er juillet 1897, 12,728 applications de haute fréquence qui portent sur 518 malades qui peuvent se décomposer ainsi :

Clinique : 292 malades, dont 231 ont subi 7,424 applications générales (lit—cage avec ou sans contact—application directe) et dont 61 n'ont reçu que des applications locales au nombre de 553, soit sur la peau, soit dans le vagin.

Cabinet : 226 malades qui ont reçu 4,751 applications générales ou locales.

La durée de chaque séance a oscillé, comme précédemment, entre 10 et 30 minutes et la moyenne a été de 15 minutes appliquées autant que possible tous les jours.

Les précautions les plus strictes ont toujours été prises pour écarter toute influence parallèle soit d'un régime spécial, soit d'une médication additionnelle, et nos malades n'ont été soumis qu'à cet unique traitement.

Voici les nouvelles conclusions générales très sommaires que nous permettent de formuler nos trois années et demie de pratique actuelle.

Tout d'abord, les analyses chimiques urinaires, au nombre de 761, que l'un de nous (Berlioz) a faites sur 280 de nos malades, ont été généralement l'objet des mêmes réponses qui ont déjà été mentionnées dans notre première note (18 mars 1895) et qui ont toujours les caractéristiques suivantes :

— *L'amélioration de la diurèse et l'élimination plus facile des excréta ;*

— *La suractivité plus grande des combustions organiques ;*

— *La tendance du rapport de l'acide urique à l'urée à se rapprocher de la moyenne normale, c'est-à-dire de* 1/40e.

De plus, en comparant sommairement sur les mêmes malades les résultats parallèles du deuxième traitement (lit) avec le premier (cage), M. Berlioz a vu que, par le dit condensateur, l'émission des urines a légèrement augmenté comme abondance et que, sous cette deuxième influence, *qui paraît plus active sur le processus nutritif*, l'urée, l'acide urique, l'acide phosphorique et les chlorures se sont notablement accrus sous la réserve, cependant, que les acides phosphorique et urique ont conservé sensiblement leurs mêmes rapports avec l'urée dans les deux cas (lit et cage).

D'une façon générale, lorsque les hautes fréquences sont bien supportées, on les voit produire assez rapidement tous les résultats symptomatiques et cliniques que nous avons déjà décrits les premiers en 1895 et qui peuvent se synthétiser ainsi :

— Restauration progressive de l'état général ;

— Relèvement des forces et de l'énergie ;

— Réveil de l'appétit ;

— Meilleur sommeil ;

— Meilleure digestion ;

— Réapparition de la gaieté, de la résistance au travail et de la facilité pour la marche.

Mais voici les groupes principaux de maladies contre lesquelles nous l'avons appliqué, soit avec un succès plus ou moins complet, soit avec un insuccès partiel ou total.

RÉSULTATS NÉGATIFS

L'*Hystérie*, que l'on doit traiter avant tout par la Statique ou Franklinisation, est rarement justiciable des hautes fréquences et peut même se trouver sous leur influence momentanément aggravée.

La *Neurasthénie* également, surtout lorsqu'elle est compliquée d'Hystéricisme, subit généralement les mêmes contre-indications.

Les *Névrites* ainsi que toutes les affections fébriles où l'élément *Douleur* est prépondérant (comme dans le rhumatisme aigu, l'accès de goutte, etc., etc.) ne sont l'objet d'aucun soulagement immédiat sous l'action des hautes fréquences et on assiste même parfois à une aggravation des troubles symptomatiques douloureux antérieurs.

RÉSULTATS POSITIFS

L'indication fondamentale et principale est le relèvement de l'état général dans les maladies par ralentissement de la nutrition, chez tous les débilités à un titre quelconque.

L'*Arthritisme*, dans toutes ses diverses manifestations, est avant tout très efficacement influencé.

Le *Rhumatisme chronique* s'améliore le plus souvent considérablement ; les mouvements deviennent plus faciles, les membres plus souples, la marche plus aisée ; les douleurs toutefois ne s'atténuent que plus ou moins tardivement, mais la guérison symptomatique définitive peut être quand même obtenue sous leur unique influence.

L'*Obésité* est favorablement influencée, sinon directement, mais presque toujours d'une façon secondaire par le relèvement de l'état général et l'activité plus grande imprimée aux fonctions organiques.

L'*Asthme*, qui est une des manifestations de l'arthritisme, peut retirer de cette même médication des bénéfices plus ou moins durables.

L'*Anémie* et la *Chloro-anémie* sont rapidement très favorablement améliorées.

Le *Diabète* a largement bénéficié de ce traitement et, sous son unique influence, la quantité du sucre a souvent diminué.

Mais, même dans les cas nombreux en apparence réfractaires, avec conservation intégrale du sucre, sans modification chimique appréciable de la glycosurie, l'état général a toujours été relevé et le traitement a été marqué par une amélioration symptomatique constante.

En résumé, les courants de haute fréquence conservent toutes les propriétés thérapeutiques que nous leur avons reconnues en 1894 et que confirment les travaux physiologiques du professeur d'Arsonval.

Sans avoir la prétention de se substituer aux autres modes électriques qui conservent, chacun dans leur sphère d'action, leurs indications et contre-indications propres, ils constituent une acquisition des plus précieuses pour la thérapeutique générale des maladies chroniques.

Ainsi, tous les malades affaiblis et atteints d'une maladie apyrétique par ralentissement ou perversion de la nutrition peuvent, à un degré variable, il est vrai, en être justiciables.

Mais, d'autre part, les nerveux, ou mieux tous les entachés d'hystérie, de même que toutes les affections aiguës, fébriles et douloureuses présentent, sous une forme plus ou moins accusée, des contre-indications passagères ou permanentes à leur emploi.

Si le courant statique est le médicament par excellence du système nerveux surtout périphérique, les hautes fréquences sont avant tout le médicament de la cellule et un modificateur très puissant de la nutrition générale

DE LA CONTINUITÉ DE LA VIE COMME BASE DE LA CONCEPTION BIOLOGIQUE

M. Virchow.—Au moment solennel où ce siècle va finir, peut-être est-il utile d'entretenir le Congrès (1) de l'état de notre science. Je ne sais si le XXe siècle nous apportera quelque chose qui n'ait point encore été dit, mais celui ci nous a donné beaucoup.

Au commencement de notre siècle, l'on croyait qu'il suffisait de raisonner et de réfléchir pour savoir. Cette tendance déplorable a jeté le trouble dans bien des esprits et a enfanté beaucoup de charlatanisme dont nous ne sommes point encore tout à fait débarrassés. Le magnétisme animal et l'hypnotisme servent encore de prétexte à des expériences auxquelles nous ne pouvons penser sans rougir.

Maintenant la pathologie va devenir une branche de la biologie : j'ai usé ma vie à semer cette idée.

Je suis maintenant un vieillard, il est peu probable que je voie le nouveau siècle et personnellement cela m'importe peu ; mais je voudrais que le problème que vous tenterez de résoudre soit de voir la pathologie devenir une science biologique. Pour cela, il ne faut point vous enfoncer dans les spécialités : l'idéal

(1) Congrès de Moscou.

serait d'atteindre l'universalité. Il y a 100 ans, la médecine s'épuisait à créer des systèmes et des classifications. C'était un reste de la forme d'esprit qui caractérise le moyen âge.

C'est au moment de la Renaissance et de la Réforme que l'esprit humain tenta de se débarrasser de ses entraves. Paracelse, aventurier de génie, se demanda ce qu'était la vie. Il comprit qu'elle avait deux formes: la vie de l'individu tout entier et la vie de ses parties constituantes. Harvey corrobora cette opinion par sa découverte de la circulation, Malpighi l'appuya encore en découvrant les capillaires. Après eux nous avons marché dans cette voie et l'étude de la biologie devint une part importante de la médecine.

Lorsque la chimie devint à son tour une science, elle nous fit faire un pas encore sur notre route. Les théories biologiques, d'histologiques qu'elles étaient, devinrent chimiques et l'on apprit ce qu'il y avait de vérité dans les doctrines humorales. L'étude de la sérothérapie sera dans ce sens des plus fructueuses si nos successeurs savent résister à ce qu'elle a de trop facile et de trop séduisant. C'est sans doute la dernière fois que je parle dans une semblable réunion et vous pardonnerez à un vieillard ce que sa parole peut avoir de trop doctrinaire.

Arrivé à ce point nous pouvons tenter de nouveaux moyens de résoudre le problème de la vie. Mais il faut que nous y apportions toute l'indépendance d'esprit que nous avons gagnée et toute la sévérité de nos méthodes d'investigation. La génération spontanée et les autres spéculations du même genre doivent disparaître désormais de nos idées et c'est avec le microscope et des observations exactes que nous pourrons avancer encore.

Les éléments monocellulaires de notre corps ou de l'extérieur sont aujourd'hui la dernière limite que nous puissions atteindre. C'est d'eux que découlent toutes les manifestations vitales que nous connaissons. Eux-mêmes, d'où viennent-ils? Voilà ce que nous ne savons plus. Il est possible qu'il ait existé autrefois des sources de la vie, mais aujourd'hui nous n'en connaissons plus de traces. Mais d'un élément vivant peuvent naître, nous le savons maintenant, tous les éléments vivants. La *continuité de la vie* doit être pour nous un dogme. Qu'il s'agisse de la naissance d'un être organisé ou d'une maladie, c'est une cellule vivante que nous trouverons à l'origine. Le darwinisme tout entier vient de cette idée et la continuité de la vie cellulaire suffit à expliquer les transformations héréditaires des organismes les plus complexes.

Je ne puis ici que parcourir rapidement les étapes principales de cette longue route suivie par l'esprit humain. Vous trouverez dans toutes les sciences les confirmations de ces idées. Le siècle qui va commencer servira sans doute à consolider l'édifice indestructible de nos croyances biologiques. Les systèmes construits par les hommes sont fragiles, mais, de même que les espèces persistent et se développent malgré toutes les œuvres de destruction, ce dogme de la continuité de la vie qui résume notre science contemporaine persistera désormais à travers les errements de l'esprit humain.

MYCOSIS DU PHARYNX.

Par CHARLES A. PRÉVOST, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, du "Journal des Praticiens," Paris 4 Sept 1897.

Cette affection, assez rare, est caractérisée par l'apparition sur les amygdales, la base de la langue, et quelquefois sur la paroi postérieure du pharynx, l'épiglotte, de petits points blancs, ayant la forme de champignons ou de "barbe de capucin" ou de têtes de clou. Presque tous les auteurs s'accordent à reconnaître le leptotrix buccalis dans les points blancs mycosiques, et quelques-uns déduisent d'après cette présence constante que le leptotrix est la cause de la maladie (Colin, Cornil). D'après PRÉVOST (*Th. Paris*, 1897), on rencontre non

seulement le leptotrix buccalis, mais aussi l'oïdium albicans, le nigrities linguæ, le mycosis sarcine, l'aspergillus fumigatus ; et, dans l'état actuel de la science, on ne peut affirmer que le leptotrix soit le parasite qui engendre la mycose du pharynx. Parfois, on ne rencontre aucun microbe et seulement des lamelles de nature cornée.

L'étiologie de l'affection est encore obscure, et on a surtout insisté sur les causes adjuvantes du développement de la mycose, à savoir l'état catarrhal du pharynx (Krauss, Garel), la dyspepsie, la carie dentaire, l'acidité de la salive, l'amygdalite chronique et à répétition. Colin cite le cas d'une femme enceinte présentant un certain nombre de points mycosiques et qui disparurent spontanément à la suite de l'accouchement. Mais, le plus souvent, la cause étiologique échappe et l'affection n'est dévoilée que par hasard. D'après plusieurs auteurs, la mycose pharyngée serait plus fréquente chez les femmes et dans la seconde enfance.

Guinier pense que le lymphatisme offrirait un excellent terrain, mais on a noté au contraire que la plupart des malades appartiennent à la classe aisée, où l'hygiène a le moins à souffrir. La maladie n'est pas directement transmissible et n'est pas contagieuse (Hemenway).

Cliniquement, l'affection peut siéger sur les différentes amygdales, sur la base de la langue, parfois sur tout le pharynx et se manifeste par deux ordres de symptômes ; des symptômes objectifs et des symptômes subjectifs. Ces derniers sont parfois seuls, à tel point que la symptomatologie est presque entièrement objective. Dans certains cas, il y a de la sensation de sécheresse et d'irritation dans l'isthme du gosier, de la gêne ou de la douleur à la déglutition, une sensation de chatouillement, de bande autour du cou, de corps étranger s'accompagnant de toux et de raclement. Thomas a observé des cas avec fièvre et perte de l'appétit. La respiration fétide, mais rarement, a été rencontrée par Gautier. On a pu noter des vomissements, de l'asthme. La voix peut être diminuée quant au ton et devenir rauque.

Bien plus importants sont les signes objectifs dont nous empruntons l'excellente description à Prévost. Les points mycosiques ont souvent la forme de grains de millet, de touffes de champignons rappelant l'aspect de la barbe de capucin ou de plaques jaunâtres simulant des taches diphtériques ; le toucher donne la sensation de saillie et, en effet, les mycoses saillent de quelques millimètres au-dessus de la muqueuse. Ils sont unis à leur surface, ou bien irréguliers, frangés, d'un blanc jaunâtre, et se détachent avec assez de difficulté à cause de la pénétration des microbes dans l'épaisseur de la muqueuse ; l'arrachement amène parfois un petit suintement de sang. Thomas donne à la description de ces points deux formes : la forme diffuse et la forme circonscrite. Dans la forme diffuse, la langue est recouverte totalement d'une masse brillante comme du lait, qui fréquemment est suffisamment dense. Les mouvements de la langue et la sensation de goût ne sont pas perdus, et la santé générale n'est pas atteinte. Dans la forme circonscrite, des points brillants apparaissent, et la membrane muqueuse, autour d'eux, conserve sa couleur rose. Un des principaux caractères de ces clous mycosiques est qu'ils sont très tenaces ; et, quand on les enlève avec la pince, ils se reproduisent rapidement à la même place, parfois dans les 24 heures. Quelquefois, ces clous filaments se réunissent en formant une membrane. D'autres fois, ils sont cornés et pointus et rassemblés en forme de grappe, comme les grains de figue, ou en forme des plaques musculaires. La lésion siège, par ordre de fréquence aux amygdales à la base de la langue, dans les fossettes glosso-épiglottiques, les parois postérieures et latérales du pharynx, au milieu des piliers, de la voûte nasopharyngée des fosses nasales. Parfois, l'épiglotte est atteinte et aussi la membrane inter-aryténoïdienne. Vanderpool dit que le siège de prédilection est l'amygdale gauche. La marche de l'affection est lente ; sa disparition peut être spontanée avec le temps.

Le diagnostic est en général facile avec *l'amygdalite lacunaire*, car, dans

cette dernière, les points sont mous et friables, demi-liquides et non adhérents. Parfois, il existe des *bouchons de mucus et d'épithélium* dans les lacunes des amygdales, mais ils sont de couleur jaunâtre, toujours isolés et s'enlèvent facilement. Une légère pression, une quinte de toux suffisent pour les faire sortir de leurs loges.

Les *kystes lacunaires* des amygdales forment des élévations plates transparentes, jaunâtres, isolées et occupant habituellement le sommet des amygdales.

Les *concrétions calcaires* sont plus grosses, ne récidivent pas et rendent sous le stylet un son pierreux.

Les *concrétions caséeuses* dans la pharyngite granuleuse sont plus molles et moins adhérentes.

La *kératose pharyngée* de Brown-Kelly, où on note aussi la présence de leptotrix, se distingue de la mycose, en ce que les excroissances sont rudes, très adhérentes, de forme caractéristique. PRÉVOST n'admet pas cette variété.

Le pronostic est favorable malgré une résistance au traitement qui doit être actif. Après nettoyage de la gorge avec des gargarismes chauds, avec une solution de résorcine au 1/100 on pratique soit l'extirpation avec la pince nasale de Duplay (Castex), soit la cautérisation galvanique ou thermique suivie d'attouchement avec des solutions de chlorure de zinc au 1/20, d'acide lactique (Hemenway), d'hyposulfite de soude (Webster), d'acide chromique (Wagnier), d'acide tannique (Semon), de sublimé à 2/1000 (Jacobson), de chlorure de zinc ioduré (Labit), selon la formule :

Chlorure de zinc fondu en plaques.....	45 grammes
Eau.....	25 —
Iodure de potassium.	70 —
Iode.....	4 gr. 25

ou de perchlorure de fer (Colin). Simultanément, on fera des gargarismes à la résorcine ou au chlorate de potasse. — M. D.

Tableaux synoptiques de Pathologie interne, par le Dr VILLEROY. 1 vol. gr. in-8 de 208 pages, cartonné 5 fr.

Le but de ces tableaux synoptiques a été de condenser sous le plus petit volume possible la somme des connaissances nécessaires et suffisantes à tout praticien pour lui permettre de porter, sur les affections les plus communes, un diagnostic certain, sans lequel la thérapeutique n'est qu'une vaine chimère. On a surtout cherché à donner beaucoup sous une forme concise, frappant l'œil et l'esprit, de façon à permettre au praticien d'avoir immédiatement une vue d'ensemble de chaque affection, avec son cachet spécial. Aussi l'auteur s'est-il étendu sur les *formes cliniques*, encore plus fréquentes dans la nature que dans les livres, qui peuvent masquer l'élément principal de la maladie, et où la prédominance de tel signe peut faire errer le diagnostic. A côté de la symptomatologie qui constitue la donnée fondamentale de la médecine, l'auteur a donné tous ses soins à ce qui est la sanction de tout bon diagnostic, au *traitement*, qui intéresse surtout le malade, et vers lequel devront tendre tous les efforts du médecin.

Ces tableaux synoptiques seront d'un utile secours aux étudiants, à la veille des examens ou des concours, ainsi qu'aux praticiens dont la mémoire n'est pas infaillible et qui, en thérapeutique surtout, marchent rarement de pair avec l'évolution de la science : ils trouveront signalés dans cet ouvrage les traitements les plus récents, et les bienfaits que la clinique peut retirer des méthodes nouvelles.

CHIRURGIE.

TRAITEMENT DES HERNIES CONGÉNITALES DE L'ENFANCE PAR LES INJECTIONS DE CHLORURE DE ZINC. TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

Par M. le professeur LANNELONGUE, (*Hôpital Trousseau*).

La consultation nous amenant aujourd'hui un certain nombre de petits malades atteints de hernie inguinale congénitale, je profite de cette occasion pour vous entretenir d'un traitement que j'ai préconisé le premier et que je mets en pratique depuis six mois. Ce traitement consiste à faire, autour de l'anneau et du trajet inguinaux, des injections de chlorure de zinc, qui secondairement doivent amener leur fermeture.

Je me propose aujourd'hui de vous décrire le manuel opératoire auquel je me suis définitivement arrêté ; cela dit, nous passerons à la pratique, et nous exécuterons cette opération devant vous.

Le premier des enfants que vous venez de voir est celui dont la hernie est la plus volumineuse. C'est de tous aussi le plus âgé, le plus fort, celui aussi dont le trajet inguinal est le plus large.

Cet enfant a quatorze ans et demi. Il n'a pas dans sa famille d'antécédents herniaires. Il a été élevé au sein, sevré à treize mois, et n'a eu d'autre maladie qu'une rougeole légère à l'âge de sept ans. On ne trouve pas chez lui de vestige de syphilis ou de tuberculose. Il n'y a pas non plus trace de rachitisme. Il est vigoureux, relativement bien musclé, et serait en état parfait de santé s'il ne ressentait déjà les premières atteintes d'une maladie nerveuse, grave pour l'avenir : l'épilepsie.

Il a une hernie depuis deux ans. Elle est survenue sans aucune cause occasionnelle apparente, et dès les premiers jours elle est descendue au fond des bourses.

Quand on l'examine, on trouve dans le scrotum, du côté droit, une tumeur molle, du volume d'un gros œuf de poule, remontant dans le trajet inguinal. En bas, elle descend presque au contact du testicule ; néanmoins elle en est légèrement séparée. Elle se réduit aisément, en produisant du gargouillement. Elle est sonore à la percussion.

Le doigt qui suit la hernie, lorsqu'on la réduit, pénètre dans le canal inguinal avec facilité. C'est vous dire la largeur de ce trajet et l'écartement des piliers. Si l'on fait tousser le malade, le doigt est repoussé, et si l'on retire l'index du trajet inguinal, la hernie redescend.

Les deux testicules sont dans les bourses : ils sont normaux. Il n'y a ni hydrocèle, ni kyste du cordon.

Sans nous attarder à un diagnostic, très facile du reste, mais qui n'est pas le but de cette leçon, je conclurai en disant : hernie inguinale droite congénitale, variété funiculaire, à contenu intestinal, remarquable par son volume et par la largeur du trajet inguinal.

J'insiste à dessein sur le volume de la tumeur. Vous verrez, en effet, rarement chez les enfants des hernies plus grosses qu'un œuf de poule. A cet âge, les hernies sont habituellement petites et se produisent avec facilité. Ici, au contraire, nous avons une hernie volumineuse avec un canal vagino-péritonéal large. De plus, les piliers inguinaux sont très élargis. Cette hernie appartient aux cas difficiles à traiter.

Voici comment nous allons procéder L'enfant doit être endormi au chloroforme ; la région inguinale, savonnée et lavée au sublimé, sera isolée avec

des compresses aseptiques. La solution de chlorure de zinc dont je me sers est une solution au 1/10 ; le seul instrument nécessaire est une seringue de Pravaz ordinaire, avec une aiguille qui se visse. Cela pour éviter que l'aiguille se détache et que le liquide se répande

La hernie étant à droite, je me place à droite du malade, mon aide à ma gauche. Son rôle consiste à appuyer fortement avec le doigt sur la paroi abdominale, en face de l'orifice inguinal profond, pour interrompre ainsi toute communication entre le sac herniaire et le péritoine abdominal. Cela fait, mon index gauche sent l'anneau inguinal et le bord supérieur du pubis, entre l'épine et la symphyse. En ce point, j'ai le cordon sous mon doigt ; il est superficiel, comme vous le savez, et malgré le pannicule adipeux toujours développé chez les enfants, on retrouve aisément le canal déférent et les éléments du cordon. Je place sur eux la pulpe de l'index gauche, et par une pression brusque, comme par une véritable énucléation, je chasse le cordon vers la ligne médiane : mon index le maintient écarté.

C'est à ce moment que je fais ma première piqûre, au ras du cordon, à sa droite, en dirigeant ma seringue obliquement en bas et un peu en arrière, sur le bord supérieur du pubis, jusque dans le périoste. Je dépose ainsi sur l'os cinq à six gouttes de chlorure de zinc et je retire brusquement l'aiguille pendant que l'aide essuie l'orifice capillaire avec un tampon. Je fais une deuxième piqûre, toujours à droite et au ras du cordon, un peu au-dessous de la première, mais aboutissant au pubis. J'en fais une troisième, puis une quatrième, toujours de cinq à six gouttes chacune.

Il faut maintenant injecter du côté gauche du cordon. Pour cela, je passe à gauche du malade, l'aide ne bougeant pas, son index restant fixé sur l'orifice inguinal profond. Je chasse avec l'index le cordon, cette fois-ci vers la droite, et je refais le long du bord gauche du cordon, sur le bord supérieur et la face antérieure du pubis, quatre piqûres de cinq à six gouttes chacune. Cela fait, je laisse un tampon compressif sur la paroi abdominale, vis-à-vis de l'orifice inguinal profond. Je le maintiens fixé par quelques tours de bande de tarlatane. Je laisse réveiller le malade ; l'opération dure habituellement deux minutes, et j'ai injecté cinquante gouttes environ d'une solution de chlorure de zinc à 1/10.

Voilà toute la technique de cette opération, si simple, si à la portée de tout le monde, où il suffit d'être propre et de ne pas vouloir tuer son malade pour le guérir.

Mais, me direz-vous, n'y a-t il donc aucun danger ? Ne risquez-vous pas de faire pénétrer du liquide dans la cavité abdominale, ou de blesser le cordon ?

Le liquide n'entre pas dans l'abdomen, parce que le doigt de mon aide l'en empêche au moment de l'opération et que, dans les premières heures qui suivent l'opération, toute communication avec la cavité abdominale est rendue impossible, grâce à un tampon compressif. Du reste, alors même que le liquide pénétrerait dans l'abdomen, aucun accident fâcheux n'en résulterait. Les expériences que j'ai entreprises dans mon laboratoire de la Faculté m'ont appris que ces injections faites sur le péritoine pariétal étaient absolument inoffensives.

Je risque peu également de piquer le cordon. Vous avez vu mes précautions pour l'isoler et la facilité avec laquelle je puis l'écarter. Et alors même que je le piquerais, je suis persuadé qu'il n'en résulterait rien de fâcheux, ni pour les veines, ni pour le canal déférent. Je me contente de vous l'affirmer. Croyez-moi pour le moment ; dans quelque temps vous en aurez la preuve expérimentale et, ce qui est mieux, la preuve clinique.

Je dis la preuve clinique, et cette preuve est en partie faite, car voici deux de mes petits malades que j'ai opérés le 22 juin 1896. Remarquez comme l'anneau inguinal est bouché. Votre doigt n'entre pas dans le canal. Il n'y a aucune impulsion à la toux, au niveau du trajet herniaire. Le cordon et le testicule sont indemnes

Il me faudrait une leçon nouvelle pour vous parler des résultats éloignés

de ces opérations. Je me réserve de les publier d'ici peu. Mais en attendant vous pouvez voir sur ces deux malades que je vous présente les bénéfices de cette intervention. J'ai déjà inspiré une thèse à un de mes élèves, M. de Combes, sur les résultats immédiats des injections de chlorure de zinc dans le traitement des hernies congénitales de l'enfance. J'ai parlé moi-même, à l'Académie de médecine et au dernier congrès de chirurgie, de cette opération. Suis-je en droit aujourd'hui, après huit mois d'observation attentive, de vous parler de ses résultats tardifs ?

Je crois que je le pourrais. Mais bien que ma conviction soit faite, je préfère, pour la rendre inébranlable, multiplier encore ces tentatives si innocentes. Quant à vous, pénétrez-vous aujourd'hui de ce que vous avez vu, c'est-à dire de la facilité de cette opération, de la simplicité de sa technique, de la rapidité et de la sécurité de son exécution.

SUR UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DU SAC DANS LA CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES

MM. Duplay et Cazin.—Le procédé que nous employons pour la cure radicale des hernies inguinales, dans les conditions que nous allons préciser, comporte deux points essentiels : le premier point consiste dans la conservation du sac, qui contribue à donner une cicatrice solide, en constituant une sorte de bouchon organique, interposé entre le péritoine et le fascia transversalis. Le deuxième est relatif à la suppression des fils perdus, qui nous paraît constituer un avantage appréciable, à la condition qu'on puisse le faire sans compromettre la solidité de la cure radicale.

Après avoir disséqué le sac de façon à le débarrasser complètement de toutes les lames conjonctives qui le revêtent extérieurement, nous plaçons une pince sur la base du sac, au ras de l'orifice inguinal, et nous confions cette pièce à un aide qui peut ainsi maintenir le sac attiré au dehors, et nous nouons le sac une première fois, en serrant le nœud le plus haut possible sur le pédicule fortement tendu. On réalise ainsi, grâce à la traction, une destruction parfaite de l'infundibulum péritonéal, et en faisant ensuite un ou deux nœuds successifs, avec le reste du sac, on empêche le premier nœud de se resserrer, en même temps qu'on constitue avec le sac un bouchon compact qui, dès que la traction cessera, remontera de lui-même un peu au-dessus de l'orifice inguinal interne. D'ailleurs, si l'on a pris la précaution, après la dissection du sac, de l'essuyer fortement avec un tampon sec pour étancher les particules graisseuses qui pouvaient lui adhérer, le premier nœud n'a généralement pas de tendance à se desserrer, surtout s'il est mince.

Quand le sac est court, on est quelquefois obligé de se borner à faire un seul nœud avec la totalité du sac, mais il est alors prudent, pour empêcher le nœud de se desserrer, de fendre longitudinalement le reste du sac et de nouer ensemble une ou deux fois de suite les deux chefs ainsi obtenus. Par surcroît de précaution, on peut même, avant de nouer, passer l'un des deux chefs dans l'autre préalablement traversé par une aiguille mousse, et répéter cette manœuvre pour chacun des deux successivement.

Avec le sac transformé de cette façon en un peloton allongé, on interpose ainsi entre le fascia transversalis et le péritoine une masse conjonctive qui joue d'abord le rôle de soutien provisoire, et qui, en se fusionnant avec les parties voisines, finit par fermer complètement l'orifice herniaire en se transformant en un tissu fibreux, compact et résistant.

Le deuxième point que nous avons expérimenté, et qui consiste dans la suppression de l'emploi des fils perdus, *lorsqu'on peut le faire sans compromettre la solidité de la cure radicale*, est loin d'être applicable à tous les cas, comme le mode de traitement du sac que nous venons de décrire.

En effet, lorsque la paroi abdominale est faible, lorsque le trajet inguinal

est transformé en un large anneau qui donne facilement passage à deux ou trois doigts, il est absolument nécessaire de reconstituer la paroi postérieure du canal à l'aide du procédé de Bassini, et on ne peut, par conséquent, se passer de l'emploi des fils perdus.

Quand, au contraire, on a affaire à une hernie congénitale, par exemple, avec une paroi abdominale résistante et un canal admettant à peine l'extrémité de l'index, il est inutile de recourir à des sutures à fils perdus, lorsque, ayant noué plusieurs fois de suite le sac sur lui-même, on a constitué ainsi un bouchon solide, qui s'interpose entre le péritoine et le fascia transversalis. Il suffit, en effet, dans ce cas, pour obtenir une cicatrice pariétale suffisamment solide, de passer deux ou trois fils d'argent profonds, qui prennent chacun des piliers et les rapprochent l'un de l'autre. Il ne reste plus ensuite qu'à compléter la réunion par quatre ou cinq fils comprenant toutes les parties molles qu'on peut ramener au-devant de l'anneau inguinal. Quant à l'hémostase, on l'obtient facilement par la simple torsion des artérioles, sans qu'il soit utile de faire la moindre ligature.

Quelle que soit la rareté des accidents immédiats ou tardifs qui résultent de l'emploi des fils perdus dans les hernies, il n'est pas sans intérêt de pouvoir s'en passer, sans compromettre la solidité de la cure radicale.

Beaucoup de chirurgiens, il est vrai, ont renoncé à la soie, pour se servir exclusivement du catgut, en raison des infections tardives auxquelles les fils de soie peuvent donner lieu, mais le catgut se résorbe souvent tellement vite, qu'on est en droit de penser qu'il ne réalise pas une coaptation des tissus aussi satisfaisante que les fils métalliques laissés en place pendant une dizaine de jours.

Indépendamment des cas dans lesquels nous avons associé à la méthode de Bassini notre procédé de traitement du sac, nous avons, depuis le mois de mai 1896, pratiqué 33 fois la cure radicale de la hernie inguinale, sans fils perdus, suivant la technique que nous venons d'exposer.

Toutes ces opérations ont été suivies de guérison parfaite sans le moindre incident. 27 de nos opérés ont été revus par nous ; pour 4 d'entre eux, l'opération ne date que de 1 à 5 mois ; pour les autres elle remonte à 6 à 8 mois, dans 6 cas ; à 9 ou 10 mois, dans 6 cas également ; à 11 ou 12 mois, dans 8 cas, et enfin à 13 ou 14 mois pour 3 cas. Chez tous nous avons pu constater la solidité parfaite de la cicatrice. Si l'on admet avec M. Lucas-Championnière que les récidives, quand elles doivent se produire, surviennent dans les 6 mois qui suivent l'opération, nous pouvons considérer 22 de ces opérés comme devant compter sur une guérison définitive.—(Congrès de Moscou).

DE L'INCISION LOMBO-ILIAQUE DANS LE TRAITEMENT DES APPENDICITES SUPPURÉES

M. Grinda, de Nice, expose les indications et les avantages dans le traitement des appendicites suppurées d'une incision qui suit le bord externe de la masse sacro-lombaire et s'incurve dans sa partie inférieure pour se prolonger parallèlement et à 1 travers de doigt au-dessus de la crête iliaque jusqu'à 3 centimètres environ de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Cette incision lombo-iliaque est indiquée dans tous les cas où les signes locaux permettent de croire à la présence d'un abcès appendiculaire rétro-cæcal. On se basera surtout pour ce diagnostic sur l'existence d'une douleur vive au niveau du triangle de J.-L. Petit alors que le point de Mac Burney est peu ou pas douloureux, sur une sensation particulière de résistance et de plénitude du flanc droit, sur la sonorité de la fosse iliaque droite.

Dans les cas où le siège de l'abcès est indéterminé, où l'on n'a ni submatité, ni empâtement diffus dans la fosse iliaque droite, c'est encore à l'incision lombo-iliaque qu'on peut avoir recours. Si, en effet, l'appendice au lieu de siéger en arrière du cæcum est situé latéralement ou en avant, il est facile de l'attendre en décollant le cæcum grâce à la partie iliaque de l'incision.

L'incision lombo-iliaque permet de découvrir le cæcum et l'appendice par la voie la plus directe et la plus sûre. Elle expose moins que l'incision classique à l'infection du péritoine et évite toujours la dissection difficile et dangereuse des anses d'intestin grêle souvent interposées entre le cæcum et la paroi abdominale antérieure. Elle assure par sa seule situation un drainage parfait de la plaie opératoire ; enfin elle met à l'abri des éventrations.—(Congrès de Moscou).

SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'ARTHROTOMIE ET DE RÉSECTION DE L'ÉPAULE.

M. S. Duplay, de Paris. Pour aborder largement l'articulation de l'épaule, dans le cas d'ostéo-arthrite, j'emploie depuis 4 ans le procédé suivant, qui m'a donné constamment les meilleurs résultats :

Je pratique d'abord l'incision antérieure classique, qui, partant du milieu de l'espace, situé entre l'apophyse coracoïde et l'acromion, descend obliquement en bas et un peu en arrière, suivant la direction des fibres du deltoïde, sur une étendue de 8 à 10 centimètres. De l'extrémité supérieure de cette incision, on en fait partir une seconde qui contourne et suit exactement les bords antérieur et externe de l'acromion jusqu'à sa limite postérieure. Disséquant alors la lèvre supérieure de cette deuxième incision, on met à découvert toute la face supérieure de l'acromion, jusqu'au niveau de l'articulation acromio-claviculaire.

On scie alors l'acromion obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans, et on achève de mobiliser le fragment osseux ainsi détaché et auquel s'insèrent les fibres du deltoïde, en sectionnant quelques brides fibreuses qui le retiennent à sa face profonde. La première incision ayant sectionné toute l'épaisseur des parties molles, on a donc constitué un grand lambeau triangulaire dont le sommet mobile répond à l'angle de réunion des 2 incisions. En renversant ce lambeau en dehors et en dedans, on met largement à découvert toute l'articulation, et, la capsule articulaire étant ouverte, on aborde alors aussi aisément la cavité glénoïde que la tête humérale, et l'on se comporte comme il convient, suivant l'étendue des lésions que l'on a sous les yeux. L'opération terminée, on relève le lambeau et on suture l'acromion à l'aide de 2 ou 3 fils d'argent avant de fermer la plaie cutanée. Severanu, de Bucarest, a également pratiqué la section de l'acromion, après une section sus-acromiale antéro-postérieure, pour le traitement des luxations irréductibles de l'épaule. J'ai eu même l'occasion d'appliquer le procédé que je viens de décrire à la réduction et à la résection de la tête humérale dans plusieurs cas de luxations anciennes de l'épaule, et l'opération s'est toujours faite très facilement.—(Congrès de Moscou).

Quand faut-il commencer le traitement de la syphilis ? — M. Julien fait remarquer que l'accord semble devoir se faire en faveur du traitement le plus hâtif et le plus actif. Aussi a-t-il demandé au Congrès de Moscou comme conclusion que tout syphilitique fut soumis, dès l'apparition du chancre, au traitement spécifique le plus sévère, et que l'usage des injections de calomel se généralisât, puisqu'en agissant ainsi on peut prévenir presque toujours les exanthèmes roséoliques.

Le cycle de la maladie, si disciplinée jadis, est perturbé, les éruptions sont disparates, les périodes supprimées ou amoindries. Un tel résultat ne se dément pas si le traitement est soigneusement continué pendant un an ou plus, s'il est nécessaire. Et il y a lieu de penser qu'aux époques ultérieures, le virus, affaibli dès la première heure et sans cesse combattu, se trouvera sans force pour créer une phase morbide nouvelle.

Aussi, dit M. Jullien, le véritable traitement de la syphilis doit se faire avant son éclosion.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DE L'EXPLORATION EXTERNE.

M. Léopold (de Dresde), *rapporteur*.—L'expérience m'a montré que dans les accouchements normaux on peut très bien se passer du toucher vaginal et se borner à l'exploration externe, laquelle fournit des indications obstétricales suffisantes. Il y aurait donc lieu, afin d'éviter les infections puerpérales, de s'abstenir autant que possible de l'exploration interne dans les accouchements normaux, pour n'y avoir recours qu'en cas de dystocie, et encore dans la mesure strictement nécessaire.

Pour que l'exploration externe puisse vraiment donner des renseignements précis sur la position et la présentation, il faut qu'elle soit pratiquée symétriquement et qu'elle comprenne les quatre temps suivants :

Le premier consiste à promener la paume des mains sur la face antérieure de l'utérus jusque vers le fond de cet organe pour apprécier le volume de la matrice et la position (verticale ou transversale) du fœtus.

Dans le second temps, l'accoucheur glisse les deux mains le long des bords de l'utérus, ce qui permet de reconnaître la situation du dos de l'enfant.

Dans un troisième temps, on cherche à saisir entre le pouce et l'extrémité du médius de la même main la partie fœtale située près du détroit supérieur du bassin.

Enfin, dans le quatrième temps, l'accoucheur enfonce l'extrémité des doigts dans les parties latérales de la cavité pelvienne et parvient ainsi à déterminer la partie fœtale qui se présente, même lorsqu'elle est située profondément.

M. Pinard (de Paris), *co-rapporteur*.—L'exploration externe, appelée encore attouchement, toucher abdominal, palpation externe et plus communément aujourd'hui *palper abdominal*, constitue pour l'art obstétrical l'un des plus puissants moyens d'investigation.

Ce mode d'exploration, connu depuis un temps immémorial, n'a commencé à être employé fructueusement que vers le commencement de ce siècle ; mais c'est seulement dans ces vingt dernières années que son étude s'est complétée et que son application méthodique a permis d'obtenir des résultats qui autorisent à proclamer la nécessité de son emploi chez toute femme enceinte.

Facile à enseigner et à apprendre, facile à pratiquer, le palper abdominal est le moyen d'exploration qui guide le mieux dans le diagnostic de la grossesse, normale ou compliquée, simple ou multiple, utérine ou ectopique.

Certains diagnostics (grossesses triples, hydrocéphalie etc.), n'ont pu être posés d'une façon affirmative que depuis son application méthodique.

Pendant la grossesse, il détermine dans nombre de cas les indications opératoires prophylactiques et curatives.

Durant le travail, bien que donnant encore des résultats précieux, son importance le cède à celle de l'exploration interne : toucher vaginal, digital ou manuel.

Au cours de la délivrance, sa puissance reparaît et est égale à celle de l'exploration interne, mais à des moments différents.

Enfin, pendant les suites de couches, le palper abdominal doit seul renseigner dans les cas physiologiques et l'on ne doit y joindre l'exploration interne que dans certains cas pathologiques —(*Rev. des mal. des fem.*)

DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE MASQUÉE.

M. le Dr Remy étudie, sous le nom de grossesse masquée, dans la *Revue médicale de l'Est*, des cas dans lesquels l'utérus est masqué ou modifié par quelque production pathologique, principalement par des fibromes, et s'attache

à démontrer que, dans ces cas, deux signes prennent une importance spéciale au point de vue du diagnostic, à savoir le développement rapide des tumeurs fibreuses et la sécrétion des seins.

Quand une ou plusieurs tumeurs fibreuses prennent un développement plus rapide que celui qui s'observe dans les conditions habituelles, quand en même temps on constate une suppression de règles, il y a lieu de croire à l'existence d'une grossesse et de faire part de son diagnostic à la famille. M. Remy fut consulté, il y a quelques années, sur le cas d'une dame âgée de 45 ans, habitant la campagne, qui n'avait plus eu de grossesse depuis longtemps, et qui depuis trois ou quatre mois n'avait plus ses règles. On aurait pu croire à l'établissement de la ménopause. Mais cette femme qui n'avait jamais souffert du ventre, remarquant une augmentation de volume depuis cette époque, consulta son médecin qui porta le diagnostic de fibromes. Il y avait, en effet, plusieurs fibromes qui s'étaient développés très rapidement dans les derniers temps et formaient une tumeur bosselée remplissant la partie inférieure de l'abdomen. Les seins, d'autre part, présentaient des modifications notables. Une grossesse seule pouvait expliquer ces divers phénomènes et les événements lui donnèrent raison. Cette femme accoucha normalement quelques mois après l'examen.

M. Remy estime que dans les cas de ce genre l'hésitation n'est pas permise quand il s'agit d'une femme qui se trouve dans la période de la vie génitale ; car les fibromes ne suspendent jamais la menstruation surtout lorsqu'ils prennent un développement rapide ; c'est le contraire qu'on observe, c'est-à-dire les règles profuses. Il faut donc une cause toute particulière, la grossesse, pour supprimer la menstruation et les métrorrhagies qu'elle entraîne généralement. On peut donc avancer que aménorrhée et accroissement rapide de fibromes signifient grossesse.

On peut en dire autant de toutes les affections chirurgicales de l'abdomen, si elles s'accompagnent d'aménorrhée, car, en thèse générale, toute femme qui était toujours bien réglée et qui voit disparaître ses menstrues doit être considérée comme étant enceinte ; cela se trouve démontré par la pratique journalière. La suppression des règles chez une femme bien portante et dans les conditions ordinaires (sont exclus ainsi l'anémie prononcée, la tuberculose et l'allaitement) signifie à peu près toujours grossesse.

Le deuxième signe de grossesse, qui prend une réelle importance dans les cas difficiles, c'est l'apparition de liquide dans les seins. Vient-on à presser avec les doigts le pourtour du mamelon, on fait sourdre quelques gouttes de liquide par les orifices des canaux galactophores. Ce liquide est clair, ressemblant à une solution de gomme, il empèse le linge. Généralement après la pression il se présente sous l'apparence de cinq ou six petites gouttelettes transparentes sur chaque mamelon. Il peut se montrer plus ou moins tôt, au troisième mois, surtout vers le quatrième mois. Au cinquième mois, on peut voir un peu de colostrum jaune se montrer dans une de ces gouttelettes. Or ce liquide prend au point de vue du diagnostic une importance sur laquelle les auteurs ne se sont pas assez expliqués.

M. Remy considère que la présence de ce liquide semblable à une solution de gomme dans les seins d'une femme que l'on soupçonne enceinte a plus de valeur pour le diagnostic qu'on ne lui en attribuait. Il suffit d'examiner à ce point de vue les femmes gravides pour constater que le phénomène ne constitue pas une rareté clinique. Il l'a trouvé chez une femme enceinte de trois mois et une semaine qui faisait une fausse couche.

Il lui a permis de poser un diagnostic de grossesse chez une femme qui présentait des phénomènes d'incarcération d'un utérus fibromateux dans le pelvis, lesquels nécessitèrent une hystérectomie d'urgence : dans cet utérus il trouva un fœtus ; la grossesse avait été la cause du développement rapide du fibrome et de l'incarcération de l'organe.

Que les maladies de l'utérus puissent déterminer une sécrétion analogue

côté des seins, la chose est possible, mais cela ne constitue qu'une exception rare, tandis que la grossesse la provoque d'une façon habituelle.

Il reste encore à dire un mot sur le liquide trouvé dans les seins de femmes qui ont déjà allaité.

M. Remy a examiné une femme qui avait encore du lait cinq ans après un allaitement. Or, ce liquide était bien encore du lait, c'est-à-dire un liquide blanc clair ; la sécrétion observée dans les premiers mois de la gestation est claire comme une solution gommeuse. La sécrétion *lactée* proprement dite indique que le sein a fonctionné ou vient de fonctionner ; la sécrétion *gommeuse* indique une influence nouvelle s'exerçant sur les seins et partant des organes génitaux ; presque toujours c'est la gestation qui provoque cette sécrétion ; exceptionnellement c'est une affection de l'utérus ou des ovaires.

(*Journ. de Méd. et de Chir. pra.*)

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE.

M. H. VARNIER, (de Paris).—L'agrandissement momentané du bassin par la symphyséotomie a pour résultat de ramener le taux de la mortalité fœtale, dans les cas de bassin vicié, au taux de la mortalité fœtale qui suit l'extraction artificielle dans les bassins normaux.

Cet agrandissement ne donne lieu à aucune hémorrhagie, à aucune lésion des symphyses postérieures capables de compromettre la vie ou la santé de la parturiente. Les lésions de l'urètre et de la vessie sont exceptionnelles. Il y a lieu de croire que le forceps n'y est pas étranger.

Pratiquée antiseptiquement sur une femme non infectée, la symphyséotomie ne fait pas courir plus de danger que les autres interventions obstétricales. En dehors des complications accidentelles, indépendantes du mode d'intervention, la mortalité chez les femmes symphyséotomisées reconnaît pour cause principale la septicémie à porte d'entrée utéro-vaginale.

La symphyséotomie est suivie d'une restauration fonctionnelle parfaite. Il n'est nullement démontré, il est douteux qu'elle agrandisse le bassin pour l'avenir. Une symphyséotomie guérie par première intention n'apporte aucune gêne, aucun trouble dans les accouchements ultérieurs. L'opération peut, sans difficultés et sans inconvénients, être faite plusieurs fois chez la même femme.

Il ne faut pas songer à obtenir par les procédés de Phénoménoff et de Franck, de Cologne, sauf peut-être pour les bassins cyphotiques, un agrandissement définitif suffisant.

Il y a indication à la symphyséotomie chaque fois que, l'enfant étant vivant, la dilatation complète, les membranes rompues, les efforts d'expulsion insuffisants par suite de disproportion des dimensions fœtales et maternelles, le calcul démontre qu'un écartement pubien ne dépassant pas 7 centimètres donnera un bassin osseux de dimensions largement suffisantes pour l'extraction du fœtus sans traumatisme.

On ne saurait poser en principe que la symphyséotomie doive être réservée aux bassins viciés au sens absolu du mot. Elle doit être le mode de traitement de la dystocie par excès de volume physiologique du fœtus et par certaines présentations vicieuses dans les bassins normaux. La symphyséotomie doit remplacer, dans le traitement des viciations pelviennes courantes, l'accouchement prématuré provoqué, l'extraction forcée par forceps ou version, l'embryotomie sur l'enfant vivant. La pelvitomie est le seul procédé efficace d'agrandissement du bassin. L'étude cadavérique mathématique prouve que l'attitude à la Walcher est incapable de produire les résultats annoncés par son auteur et acceptés sans contrôle par trop de nos confrères.

Au point de vue des indications particulières de la symphyséotomie, les bassins viciés doivent être classés en deux groupes :

Les bassins symétriques, quelle que soit la cause qui ait réduit les dimensions des diamètres transverses du détroit inférieur.

L'appréciation du siège et de l'étendue du rétrécissement y est facile ; le calcul de l'agrandissement éventuel possible y est aisé à faire d'après les tableaux connus.

Ces bassins, de beaucoup les plus communs, sont le domaine, par excellence, de la symphyséotomie.

Les bassins asymétriques. Vu leur atypie, la rareté des pièces fraîches sur lesquelles l'expérimentation serait possible, la difficulté d'une appréciation quelque peu exacte de la viciation des diamètres obliques, ces bassins semblaient à priori devoir former une classe à part. Les faits démontrent cependant qu'il y a lieu de les diviser en deux catégories.

a) Les bassins à asymétrie plus ou moins prononcée résultant uniquement de coxalgie non étendue au sacrum, de luxation coxo-fémorale unilatérale congénitale, de déviations scoliotiques, rachitiques ou autres.

b) Les bassins asymétriques par arrêt de développement d'un aileron sacré et synostose sacro-iliaque concomitante.

Pour les bassins de la catégorie *a*, l'asymétrie est un facteur négligeable. Ces bassins valent, au point de vue de la symphyséotomie, ce que vaut un bassin symétrique de même viciation antéro-postérieure ou transverse.

Pour les bassins de la catégorie *b*, bien que la symphyséotomie soit capable, dans certains cas, de permettre l'extraction d'un enfant vivant et non blessé, il n'est pas prudent d'y recourir, et c'est soit à l'ischio-pubiotomie, soit à l'opération césarienne conservatrice ou radicale qu'il faut s'adresser.

La symphyséotomie doit borner son rôle à l'agrandissement du bassin osseux. Il est dangereux d'y recourir dans le but d'aider à la dilatation des parties molles. Il est irrationnel d'y recourir dans les cas de dystocie causée par tumeurs des parties molles.

Outre les contre-indications tirées de la nature de la viciation pelvienne, il y a lieu de se demander s'il ne convient pas d'en ajouter d'autres tirées de l'état de santé du fœtus ou de la mère, au moment où surgit l'indication.

On a dit : " Il y a contre-indication à la symphyséotomie lorsque la vie du fœtus est compromise soit par la longue durée du travail, soit par des interventions antérieures, etc." En théorie, cela est parfait. En pratique, cela ne veut rien dire. Il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, tant qu'on entend les bruits du cœur fœtal, de dire si la vie du fœtus est ou non compromise. Aussi, en dehors d'une malformation dûment constante, la cessation des bruits du cœur doit être la seule contre indication admise.

On a dit aussi : " L'infection du tractus génital est une contre-indication à la symphyséotomie, parce que la plaie symphysienne, même antiseptiquement faite et non communicante, et les foyers traumatiques créés au niveau des symphyses sacro-iliaques s'infecteront secondairement." La pratique a montré que ces craintes n'étaient pas fondées. Et, si nous considérons l'infection du tractus génital comme une contre-indication à la symphyséotomie, c'est uniquement par crainte d'une communication directe possible avec la plaie opératoire. La cellulite pelvienne suppurée, qui en est la suite forcée, est évidemment un danger de plus ajouté à ceux, prédominants, qui résultent de l'infection du trac[illegible] génital.

La difficulté pratique est de reconnaître à sa période lente cette infect[illegible] du tractus génital.

Nous sommes conduits, par l'étude de nos observations, à considérer con[illegible] contre-indication à la symphyséotomie la fièvre existant chez les parturie[illegible] au moment où se pose la question d'intervention.—(*Rev. des mal. des femm*[illegible])

SUR LA PUTRÉFACTION FŒTALE.

M. le Professeur Herrgott étudie, dans la *Revue médicale de l'Est*, un cas de putréfaction fœtale avec dystocie produite par un kyste dermoïde, cas qui fut suivi de la mort de la malade, malgré une laparatomie, et rappelle à ce propos les points principaux qui se rattachent à cette grave complication.

La putréfaction du fœtus amène avec une très grande rapidité chez la mère un état d'infection qui se manifeste par la dépression des forces, l'altération des traits, la fièvre, la tuméfaction abdominale, etc.

La cause de cet état est la résorption des produits de la putréfaction qui a lieu lorsque le fœtus mort est en communication avec l'air extérieur. Tant que le fœtus est à l'abri de l'air, que la grossesse soit utérine ou intra-utérine, on sait qu'il peut séjourner un temps plus ou moins long dans l'organisme maternel sans lui causer aucun dommage.

Il subit diverses transformations, la dissolution, si la grossesse est récente, l'atrophie, la momification, la macération, si la grossesse est utérine et si elle est plus avancée ; dans les grossesses ectopiques, outre ces modifications, le fœtus peut encore se transformer en lithopœdion, ne pas être un obstacle à de nouvelles gestations et séjourner en quelque sorte indéfiniment dans la cavité abdominale. Pendant son séjour à la Maternité de Vienne, en 1876, M. Herrgott a eu l'occasion d'assister à l'autopsie d'une femme de 83 ans, morte de pneumonie, qui portait dans son ventre un fœtus enkysté depuis un demi-siècle.

La scène change, si les membranes sont rompues. Le contenu de l'œuf se trouvant en communication avec l'air extérieur, la putréfaction ne tardera pas à se produire, si le fœtus n'est pas promptement expulsé d'un milieu où sont réunis les agents de toute fermentation : l'air, l'eau et la chaleur.

Cette décomposition putride, une fois commencée, s'effectuera le plus habituellement avec une surprenante rapidité, surtout quand le fœtus a succombé avant la rupture des menbranes.

Quinze ou dix-huit heures après cette rupture, il s'écoule ordinairement hors des parties génitales un liquide sanguinolent, brunâtre, extrêmement fétide. Cet écoulement lochial, si remarquable par l'insupportable odeur qu'il répand, existe presque toujours quand le fœtus se putréfie, mais, ainsi que le fait justement remarquer M. Chatelain " cet écoulement non seulement ne suffit pas à lui seul pour affirmer la putréfaction du fœtus, mais encore n'implique même pas sa mort. "

Baudelocque, Naegelé, Plouvier et d'autres ont cité des faits de fœtus nés vivants et bien portants, bien que le liquide amniotique ait été putréfié.

Malgré cette restriction, cet écoulement est le premier signe de putréfaction constaté par l'accoucheur ; il est la conséquence des altérations profondes que subit le fœtus dans le sein maternel et qui sont presque instantanées.

Le fœtus livide, blafard, puis marbré, se ramollit, devient verdâtre, et cette coloration s'étend aux téguments, au tissu cellulaire et aux muscles. Ces tissus si profondément modifiés, qui répandent une odeur épouvantable, subissent une véritable infiltration gazeuse ; certaines parties du corps distendues par ces gaz atteignent parfois des proportions énormes. C'est ainsi que le fœtus qui a occasionné la mort de la malade en question avait la tête tellement distendue par les gaz qu'il avait l'aspect d'un hydrocéphale. Dans d'autres cas, c'est le fœtus tout entier qui est augmenté de volume, ce qui peut être une cause sérieuse de dystocie. A ce moment, non seulement l'utérus, distendu jusqu'à ses dernières limites par les produits de la putréfaction, devient très douloureux, mais la fibre utérine " stupéfiée par ces gaz toxiques cesse de se contracter. "

Le mot " stupéfié, " employé par M. Pinard, est bien celui qui rend le mieux l'action de ces gaz sur la contraction utérine. Ordinairement, le travail s'arrête, lorsque la dose des toxiques devient suffisante pour paralyser la contraction

utérine ; mais cette paralysie utérine, cette stupéfaction de la fibre contractile peut exister *avant* le début du travail.

Malheureusement, si l'utérus, distendu outre mesure, ne se contracte plus, l'absorption de ces principes toxiques continue, et l'organisme tout entier ne tardera pas à être infecté, si une intervention rapide ne débarrasse pas la mère du fœtus qui l'empoisonne : encore est-elle presque toujours trop tardive.

Journ. des Sages-Femmes.

AVORTEMENT. RÉTENTION DU PLACENTA DANS LA CAVITÉ UTÉRINE.

Par le Professeur TARNIER.

Nous avons eu un cas intéressant. Une femme qui, dans une fausse couche, a eu une rétention du placenta.

Cette femme avait eu une première grossesse à terme ; mais elle redevint enceinte presque immédiatement après son accouchement, en janvier dernier. Les dernières règles datent du 16 janvier.

Sa grossesse se passait fort bien, elle était bien portante lorsque, le 5 mai, elle a fait une chute dans un escalier. Elle a aussitôt éprouvé des douleurs dans le ventre, et sa température est montée à 39,4.

C'est à ce moment-là qu'elle nous est arrivée dans le service. A peine était-elle entrée qu'une rupture des membranes s'est produite et un petit fœtus est sorti. Ce fœtus mesure à peine 18 centimètres et pèse seulement 150 grammes.

Le fœtus a été expulsé à une heure du matin. La délivrance ne s'est pas faite, le placenta est resté dans l'utérus ; c'est une rétention du placenta dans la cavité utérine.

La rétention du placenta, dans un cas d'avortement, n'est pas comprise par tout le monde de la même façon. M. Guéniot a voulu préciser la question et considère qu'il y a rétention, pour un embryon de deux mois, après tant de temps, pour un embryon de quatre mois, après un nombre d'heures différent. En un mot, le point où commencerait la rétention varierait suivant l'ancienneté de la grossesse.

J'ai fait, à la Maternité, un relevé des cas de rétention du placenta dans les fausses couches et, dans l'immense majorité des cas, le placenta abortif est expulsé dans les six heures qui suivent l'accouchement. Lorsque l'expulsion n'a pas lieu dans les six heures, le moment de l'expulsion varie entre dix heures et cinquante jours. — On voit qu'il y a de la marge. — Le placenta peut sortir après 12, 15, 24 heures, 2 jours, 3 jours, 20 jours... 50 jours...

A mon avis donc, la rétention commence lorsque l'expulsion du placenta dépasse six heures après l'expulsion de l'embryon.

Eh bien, dans le cas présent, le fœtus est sorti à une heure du matin et, à dix heures, au moment de la visite, le placenta n'était pas encore expulsé. Je suis donc fondé à dire que c'est là un cas de rétention du placenta dans la cavité utérine.

Que fallait-il faire ?

La conduite diffère beaucoup suivant les cas et suivant les accoucheurs.

Autrefois, on faisait de l'expectation simple, et sans antisepsie que l'on connaissait pas). A peine faisait-on quelquefois quelques injections vaginale et les femmes guérissaient en général. Je n'irai cependant pas jusqu'à d qu'elles guérissaient bien. Il leur restait souvent quelques endométrites con cutives qui d'ailleurs n'étaient pas très graves. En somme, on avait p d'accidents ; il y en avait toutefois quelques-uns.

Est arrivée l'antisepsie, et les cas de mort sont devenus moins nombre On a fait l'antisepsie de la vulve, l'antisepsie du vagin, et même des injecti intra-utérines antiseptiques. Et même, à ce propos des injections intra-utéri

des discussions se sont élevées pour savoir quel liquide antiseptique il convient de choisir.

Le placenta retenu peut être considéré comme un corps spongieux. Il peut se faire que cette qualité même de corps spongieux lui fasse absorber le liquide injecté et que, si ce liquide est toxique, la femme soit intoxiquée par lui. C'est là l'inconvénient que présentent certains antiseptiques. On a eu ainsi des accidents avec le bi-chlorure de mercure (le sublimé). On a alors abandonné cet antiseptique pour passer à l'acide phénique qui paraît plus inoffensif, mais que j'ai vu produire des accidents subits, des accidents brusques qui font croire que la femme va succomber. Je n'ai cependant jamais observé de cas de mort ; mais une fois spécialement j'ai bien cru que la femme allait mourir. La chose s'est passée en cinq minutes. Je fus appelé auprès de la malade, et, en la voyant, j'eus l'impression qu'elle allait expirer.

Et savez-vous ce que j'ai trouvé de mieux pour porter secours à cette pauvre femme ? Je l'ai prise par un bras et l'ai couchée sur le côté — elle était couchée sur le dos. — Je lui ai introduit un doigt dans la bouche, et j'ai extrait les mucosités qui obstruaient les voies aériennes. La femme a survécu à cet accident, et le lendemain il n'y paraissait plus.

J'ai eu cinq cas semblables dans mon service. J'ai voulu faire des expériences avec l'acide phénique sur des animaux. Lorsqu'on injecte une solution d'acide phénique à un lapin, on détermine chez lui les mêmes accidents que nous observons chez certaines femmes, après les injections intra-utérines faites avec une solution à l'acide phénique. Tout comme la femme, le lapin écume et tombe dans la prostration et se remet après un certain temps.

En faisant les injections au bi-chlorure de mercure on a tous les accidents de l'empoisonnement par le bi-chlorure, et, après quelques jours — trois ou quatre — la femme succombe en présentant tous les caractères de l'intoxication mercurielle.

Voilà pourquoi, pour faire les injections intra-utérines, j'emploie une substance inoffensive, le permanganate de potasse.

Lorsqu'on a eu l'antisepsie à sa disposition, la question est passée dans une seconde phase, celle de l'expectation avec antisepsie. Les cas de mort sont alors devenus encore plus rares et les endométrites plus rares aussi.

Puis on s'est dit que, puisque, avec l'antisepsie, on peut se permettre de faire toutes les opérations, il paraissait indiqué de ne pas attendre et d'extraire immédiatement le placenta, afin d'éviter les accidents auxquels expose la rétention du placenta, tels que les hémorrhagies qui peuvent quelquefois se produire, ou la putréfaction qui, elle, ne se montre pas toujours, mais avec laquelle cependant on a aussi à compter.

Afin d'éviter la possibilité de tels accidents, on a extrait le placenta au moyen de la curette, tout comme d'ailleurs l'avait déjà fait autrefois Récamier, mais, lui, sans le secours de l'antisepsie. M. Doléris a exposé tous les avantages du curettage de l'utérus en pareil cas. On a curetté partout, en France, en Europe, en Amérique, mais on a reconnu bientôt les inconvénients du curettage ; il survenait, après cette opération, des hémorrhagies foudroyantes, dans le cours desquelles la femme expulsait un morceau de placenta pesant 10, 20 et jusqu'à 150 gr. Cela démontrait ou que le curettage n'était pas pratique ou au moins u'il avait été mal fait. C'est alors que M. Doléris a inventé l'écouvillonnage ui offre plus de garanties.

On a fait partout du curettage et de l'écouvillonnage dans le cas de rétention u placenta, j'en ai fait moi-même, mais, je dois le reconnaître, sans beaucoup 'enthousiasme. Il y a eu des accidents après ces opérations. On a troué 'utérus avec la curette ; et, d'autre part, il peut toujours se faire qu'on laisse uelques fragments de placenta dans l'utérus. Ce sont là les raisons qui ont ait que je me suis décidé à faire, en général, tout simplement l'expectation avec

antisepsie. Je n'interviens par le curettage que s'il se produit des accidents (hémorrhagie ou infection).

Quand je me décide à intervenir, au lieu d'opérer avec la curette et l'écouvillon, je procède tout simplement avec le doigt qui est un instrument merveilleux, intelligent, qualités que n'a pas la curette, instrument aveugle. Avec le doigt, on sent le placenta, les fragments qui peuvent être restés adhérents, on se rend compte.

J'ai donc, en résumé, adopté l'expectation antiseptique et je n'interviens qu'en cas d'accidents. J'ai aussi obtenu des succès que j'ai publiés dans mon traité *De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique.* Et depuis je continue cette même pratique.

Je conviens toutefois que cette conduite a l'inconvénient d'être moins rapide. Elle est quelquefois un peu lente.

Supposons une consultation en ville pour un cas de rétention du placenta dans la cavité utérine, après l'expulsion d'un ambryon abortif. Vous dites : " Attendez, " en faisant de l'antisepsie. C'est fort bien, mais la malade reste fort préoccupée de n'en pas finir avec sa délivrance ; son entourage se préoccupe aussi beaucoup et généralement on appelle un confrère, qui, lui, n'hésitera peue être pas et fera le currettage ; à l'admiration de tout l'entourage, il retirera le placenta récalcitrant. Mais le lendemain souvent les choses changeront de face et quelquefois la femme succombera par suite d'hémorrhagie, de putréfaction ou de perforation de l'utérus.

Cette dernière méthode — curettage et écouvillonnage — est certainement plus brillante, mais avec la première — expectation antiseptique — on va plus sûrement, on guérit.

Peut-on précipiter l'expulsion du placenta ? — On a dit que le sulfate de quinine excitait, activait son expulsion, et un ancien interne de M. Maygrier a publié sept observations dans lesquelles il a donné d'abord 50 centigrammes de sulfate de quinine, et bientôt après une nouvelle dose d'égale quantité. Si le placenta n'est pas sorti, il recommence le lendemain de la même manière. Dans les sept observations il a obtenu l'expulsion du placenta après 9, 12 ou 24 heures.

Je reviens à notre malade.

Neuf heures après l'expulsion du fœtus, voyant que le placenta ne sortait pas, j'ai administré le sulfate de quinine : un paquet de 50 centigrammes le matin, et un autre paquet d'égal poids le soir, et, le lendemain matin, un troisième paquet. Le placenta a été expulsé le lendemain matin à 10 heures

L'emploi du sulfate de quinine présente un certain intérêt et nous a, par le fait, obtenu peut-être un succès. Vais-je en conclure toutefois que c'est là un merveilleux médicament qui nous tirera toujours d'affaire ? Non certainement. Peut-être, en effet, dans les sept ou huit cas observés, si l'on n'avait rien donné du tout, peut-être le placenta serait-il sorti tout de même, comme c'est la règle.

Si nous pouvons réunir cinquante, soixante observations favorables, nous pourrons être plus affirmatifs

Mais, il faut l'ajouter, le sulfate de quinine ne présente aucun inconvénient. C'est d'ailleurs un anti-infectieux. Nous le donnons lorsque nous craignons l'infection et même lorsque l'infection existe déjà. Si, de plus, il agit sur l'utérus pour le faire contracter, il offre un double avantage. Nous n'avons donc rien à craindre en employant le sulfate de quinine, mais attendons pour dire que c'est là un médicament héroïque dans la rétention du placenta dans la cavi utérine.

Ce qui me fait surtout hésiter à déclarer ce médicament héroïque, c'e qu'il y a des placentas qui sont extrêmement adhérents aux parois utérines on a même beaucoup de peine pour décoller ces adhérences anormales, et il semble fort douteux que le sulfate de quinine agisse dans ce cas-là.

Malgré tout, cette médication mérite d'attirer toute l'attention d accoucheurs.—(*J. des Sages-Femmes.*)

REVUE D'HYGIÈNE

CONFÉRENCE DES CONSEILS D'HYGIÈNE DE L'AMÉRIQUE DU NORD TENUE, A NASHVILLE, LES 18 et 19 AOUT 1897.

Monsieur le Président et Messieurs les membres du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec,

Conformément à la décision de la dernière assemblée, j'ai représenté le Conseil à la Conférence des Conseils d'Hygiène, tenue à Nashville, en août dernier. Vingt-un conseils d'hygiène y avaient envoyé des délégués.

Après le discours de bienvenue de la part du gouverneur du Tennessee et du maire de Nashville, le Dr BRACKEN commence la discussion sur la première question du programme : *Les aliénés tuberculeux devraient-ils être séparés de ceux qui ne le sont pas dans nos asiles, et devrait-on les placer dans des bâtisses séparées ?*-L'opinion assez généralement partagée jusqu'à récemment, à savoir qu'il y aurait relation entre la phtisie et la folie, a empêché, dit le conférencier, pendant longtemps de faire pour les aliénés ce que l'on fait pour d'autres. Mais la réaction se fait en beaucoup d'endroits et là où les malades reçoivent l'attention qui leur est due, la tuberculose, qui contribuait à elle seule 25 pour cent de la mortalité générale, n'en contribue maintenant que 9 pour cent. C'est par contagion que le plus grand nombre d'aliénés deviennent tuberculeux, ils peuvent être plus susceptibles d'être contagiosés, mais là s'arrête la relation entre la tuberculose et la folie. L'aliéné devrait être considéré comme un malade irresponsable et, par conséquent, il devrait être suivi plus attentivement qu'un autre.

Les conclusions du conférencier parurent être du goût de tout l'auditoire ; aussi la résolution suivante fut votée d'emblée :

" RÉSOLU que, dans l'opinion de cette Conférence, les tuberculeux devraient être isolés de ceux qui ne le sont pas dans les hôpitaux, les asiles, les prisons et les pénitenciers."

L'isolement dans des appartements séparés, et non dans des pavillons distincts, parut suffisant.

Le Dr EVANS engagea la discussion sur la seconde question : *Quelles devraient être les ordonnances municipales relatives à la restriction de la tuberculose ?*—Le conférencier remarque que l'on s'attache trop souvent à prescrire des mesures qui ne sont pas mises en pratique, quand on ne fait rien dans d'autres directions, où l'on aurait cependant beaucoup plus de succès. Il faudrait porter plus d'attention aux circonstances qui favorisent le développement de la tuberculose ; surpeuplement des habitations, mauvais drainage, humidité du sol, aliments contaminés, le lait en particulier. Peu de municipalités contrôlent entièrement le commerce de lait. Les vacheries situées à l'intérieur des villes sont régulièrement inspectées, mais on ne fait pas l'inspection de celles situées en dehors des limites de la ville. Comme résultat de cette surveillance incomplète, Liverpool a constaté un jour que pour le lait fourni par les vacheries de la ville, la contamination par le bacille de la tuberculose était de 2.8 par cent échantillons, quand, pour le lait apporté de la campagne, la contamination était de 29.1 par cent.

Quant aux mauvais effets du surpeuplement des habitations, ce que l'on constate aux Etats-Unis, depuis l'émancipation des nègres, le confirme. Avant

l'émancipation, la mortalité par la tuberculose était la même pour la race blanche et pour la race noire; mais maintenant, pour un décès chez les blancs, on en compte 4 chez les nègres. Les nègres valaient $500 à $1000 par tête autrefois, on en prenait soin et ils n'étaient pas entassés dans des huttes trop petites comme aujourd'hui.

Le Dr Lee traite la question suivante : *Quelle attitude les Conseils d'Hygiène sont-ils prêts à prendre relativement à l'inspection des vacheries et du lait qui en provient, et aussi relativement aux animaux reconnus malades à la suite de l'épreuve par la tuberculine ?*—Dans la Pennsylvanie, on procède à l'inspection systématique des vacheries. Les inspecteurs font rapport sur la tenue des vacheries, leurs dimensions, l'espace cubique, les moyens de ventilation, la construction des pavés, la condition des cours, le drainage, l'approvisionnement d'eau. Les animaux sont soumis à l'épreuve de la tuberculine et si la réaction apparaît, l'Etat convient avec le propriétaire du montant de compensation, puis l'animal est abattu.

Au cours de la discussion, un grand nombre de délégués se déclarèrent opposés à la compensation, l'animal tuberculeux ne valant rien. Ce que quelques Etats payent pour un animal tuberculeux est pour ainsi dire une prime offerte à ceux qui élèvent de ces animaux et, comme conséquence, on n'obtiendra pas la suppression de la tuberculose aussi vite que si on ne payait rien. L'animal qui a présenté la réaction caractéristique devrait être immédiatement abattu et il n'y a que dans le cas où les lésions soupçonnées n'existeraient pas, que la pleine valeur de l'animal devrait être payée au propriétaire.

L'importance de l'examen bactériologique du lait fut signalée par le fait, cité par un délégué, qu'à New-York, sur un examen d'un grand nombre d'échantillons, 10 pour cent de ces échantillons contenaient le bacille de la tuberculose. Minnéapolis est peut-être la ville qui contrôle le plus la vente du lait. Aucun laitier ne peut vendre son lait dans les limites de la ville sans que l'officier de santé ait préalablement certifié que l'inspection de la vacherie a été satisfaisante et que ses vaches laitières sont saines. Comme résultat, les fermiers des campagnes environnantes de la ville viennent d'eux-mêmes demander l'inspection de leurs établissements.

A ma grande surprise, la Conférence s'est divisée sur la question suivante :—*Les Conseils d'Hygiène d'Etat ou de Province doivent-ils aider au diagnostic des maladies contagieuses ?*—Je dois vous avouer que je n'ai jamais entendu aucune raison sérieuse de la part de ceux qui opposaient ce que nous faisons à notre laboratoire, c'est-à-dire offrir, aux municipalités qui n'ont pas ou ne peuvent pas avoir de laboratoire, l'examen bactériologique de membranes suspectes d'être diphtéritiques et du sang présumé typhique.

Jusqu'où doivent aller les règlements relatifs à la rougeole, la coqueluche, la lèpre et la tuberculose ?—L'opinion qui me parut la plus générale est que, pour toutes ces maladies, la déclaration devrait être obligatoire, afin de permettre aux bureaux d'hygiène d'aviser chaque famille en particulier sur les dangers de propagation de ces maladies et sur les moyens de les prévenir. L'isolement obligatoire ne fut recommandé que pour la lèpre. Pour la rougeole et la coqueluche, la fréquentation des écoles devrait être interdite à tous les enfants habitant le logis infecté ; c'est ce que nous faisons déjà dans la Province de Québec

Les conditions sanitaires des prisons devraient-elles être sous le contrôle des Conseils d'Hygiène ?—Cette question fut résolue dans l'affirmative. D'après la discussion, il est évident que, dans un grand nombre d'Etats, il n'existe aucune surveillance de ces institutions, si ce n'est l'inspection *pro forma* des grands-jurés Nous sommes un peu mieux partagés dans la Province de Québec. Les prisons étant des institutions provinciales, sont visitées par des inspecteurs provinciaux Seulement, jusqu'à quel point ces inspecteurs de nos prisons s'occupent-ils de conditions sanitaires, c'est ce que notre Conseil ne sait pas. Il y aurait peut être ici, comme pour les manufactures, une intervention désirable de la part de

notre Conseil. Dans un Etat de l'Union américaine, on a fait la comparaison de la mortalité dans les prisons modèles avec celle des prisons malsaines avec le résultat suivant : 10 pour les maisons modèles et 40 pour les prisons malsaines. La surveillance par le Conseil d'hygiène telle que suggérée par la Conférence devrait s'étendre à l'examen des plans pour les nouvelles constructions.

Doit-on tolérer l'alimentation des pourceaux avec des détritus provenant des abattoirs ou des clos d'équarrissage ?—La seule objection faite à ce mode d'engrais est que les maladies contagieuses dont meurent quelques animaux peuvent se transmettre aux porcs, mais cette objection disparaît si ces débris ne sont donnés qu'après avoir été cuits. Les municipalités doivent voir cependant à ce que ces débris ne soient pas en état de putréfaction lorsqu'on les donne aux porcs.

Si votre Conseil partage l'opinion de la Conférence qui, d'ailleurs, est conforme à celle du Comité consultatif d'Hygiène de France (vol. IX), il y aurait lieu de modifier le règlement 69 de notre code.

Le Dr Swarts présenta *le rapport du Comité chargé d'examiner les fermes vaccinogènes des Etats-Unis.* - Sur 12 (ou 15) fermes, 4 seulement produisent un vaccin recommandable. L'établissement le mieux conduit est celui du Dr Welcker, de Milwaukee. Plusieurs des établissements qui font un grand débit de vaccin dans la Province de Québec furent classés comme mal tenus

La ville de Chicago emploie presque exclusivement le vaccin Welcker et en fait toujours l'essai au préalable. Voici comment on y procède. Le département achète la quantité nécessaire de vaccin pour deux mois. Si le vaccin ne contient pas de pus, le vaccin est accepté conditionnellement et on procède alors à l'épreuve clinique ; c'est-à-dire qu'avec 10 autres tubes pris également au hasard on inocule autant d'individus. Si le vaccin prend et si les vésicules sont types, on accepte le lot en entier. Depuis que Chicago essaie ainsi le vaccin, les inoculations sont le plus souvent couronnées de succès et les *mauvais bras* ne se voient plus. Le vaccin Welcker que Chicago emploie est du vaccin glycériné.

Le Dr Hurty présenta le *rapport d'une Conférence récente entre des représentants des Conseils d'hygiène, des chemins de fer et de la société des embaumeurs, au sujet du transport des cadavres.* — Ce rapport donna lieu à de long débats. Il fut proposé de mettre de côté la tombe métallique actuellement de rigueur pour le transport de cadavres contagieux lorsque les cadavres auront été préparés par des embaumeurs compétents. Les compagnies de chemins de fer voudraient, avec raison, que les différents Etats et Provinces de l'Amérique vinssent à s'entendre pour avoir des règlements uniformes au sujet du transport des cadavres. Voici un exemple des inconvénients qui résultent de la diversité des réglements actuels : Une compagnie de chemin de fer ne peut accepter un cadavre de diphtéritique mis en bière métallique pour le transporter de Montréal à Toronto, car la Province d'Ontario ne permet pas ce transport. Il faudrait, même pour transporter ce même cadavre de Montréal à Détroit, faire une courbe afin d'éviter le territoire d'Ontario.

Tout en désirant plus d'uniformité dans les conditions requises par les différents conseils d'hygiène pour le transport des cadavres, je ne crois pas que certaines conclusions du rapport puissent jamais être mises en pratique dans cette Province. En voici un exemple : Une des règles proposées serait à l'effet de ne permettre le transport de cadavres diphtéritiques, etc., qu'en autant que les artères et les cavités auront été injectées avec une substance désinfectante par un embaumeur reconnu compétent par le Conseil d'hygiène. Exiger cela, dans la Province de Québec du moins, vaudrait autant dire qu'il n'y aurait que les contagieux de nos deux grandes villes qui pourront être transportés en dehors de leur municipalité, car, si je ne me trompe, nous n'avons des embaumeurs qu'à Montréal et à Québec. Tout en reconnaissant qu'un embaumeur est la personne la mieux qualifiée pour faire la désinfection des cadavres, je crois qu'il vaut mieux s'en tenir à la désinfection *ordinaire* du cadavre et à la bière métallique, comme

le prescrivent nos règlements. Cette désinfection *ordinaire* et cette mise en bière métallique soudée pouvant se faire aussi bien à la campagne qu'à la ville.

D'après d'intéressantes expériences, citées au cours de la discussion, la Formaline (solution titrée à 7 ou 10 pour cent) serait le meilleur préservatif pour les cadavres. Un membre de la société des embaumeurs aurait gardé dans son bureau, pendant 15 jours, et sans inconvénients, un cadavre ainsi traité. C'est un grand progrès dans cet art, car, si on se rappelle bien, il y a trois ans, le cadavre de sir John Thompson, embaumé en Angleterre, et très probablement par des maîtres en cet art, a été trouvé en état de décomposition avancée à son arrivée au Canada.

Les élections ont donné le résultat suivant :

Président, Dr Benjamin Lee, de la Pennsylvanie.
Vice-Président, Dr Félix Formento. de la Louisiane
Secrétaire, Dr J. N. Hurty, de l'Indiana.
Trésorier, Dr Elzéar Pelletier, de la Province de Québec.

Afin de mieux exprimer que le Mexique et le Canada sont appelés à faire partie de la Conférence, son nom fut changé. Elle sera désormais désignée comme suit : *Conference of State and Provincial Boards of Health of North America.*

Le Comité local, le Tennessee State Board of Health et le Comité des dames de l'Exposition de Nashville nous ont rendu le séjour à Nashville des plus agréables. Nous avons surtout apprécié le *Conversazione* que les dames de l'Exposition ont bien voulu donner en notre honneur dans le *Woman's Building.*

Le tout humblement soumis,

ELZÉAR PELLETIER,
Délégué du Conseil d'Hygiène.

Montréal, Septembre 1897.

Traitements des rétroversions.—D'après Olshausen, les rétroversions utérines comprennent cinq classes :

1° Les rétroversions peuvent survenir après l'accouchement et ne pas incommoder la malade. Rien à faire, ou pessaire et massage.

2° La rétroversion ou rétroflexion est due à la constipation. Laxatifs et traitement intestinal.

3° D'autres fois, elle résulte du raccourcissements de la paroi antérieure du vagin (souvent atrophié, ainsi que l'utérus). Il faut faire alors la ventrofixation.

4° Les affections suppuratives des annexes sont parfois l'origine des déplacements. Dans ce cas, il faut supprimer l'ovaire et la trompe malade.

5° Enfin, il peut y avoir des adhérences péritonéales et on obtient de bons résultats du massage. (*Zeitschr. fur geb. und. gynæcol.*, 1896.)

Traitement des verrues, par J. ABBOTT CAUTRELL.—Le traitement que l'auteur préfère consiste dans l'emploi de caustiques doux, parmi lesquels l'acide salicylique lui semble devoir être plus spécialement choisi.

Il commence par faire, pendant trois jours, des applications d'une préparation contenant 15 0/0 d'acide salicylique (dans la lanoline, par exemple), puis à ce moment il enlève la verrue à la curette et continue les pansements salicylés pendant huit jours. Cette méthode n'a pas été suivie de récidive des verrues dans les cas traités par l'auteur.

Il préfère de beaucoup ce mode de traitement aux cautérisations par les acides azotique, acétique, chromique, qui sont toujours douloureuses. A l'intérieur, le sulfate de magnésie, à la dose de 0 gr. 75 à 1 gr., lui a enfin donné quelques bons résultats.

ART DENTAIRE

Sous la direction du Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien-dentiste, ex-professeur au collège dentaire de la Province de Québec.

EXTRACTION DES DENTS

QUAND ET COMMENT

Par le Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien-dentiste, Montréal.

Il sera peut-être intéressant, pour les membres de la profession médicale ayant rarement eu l'occasion d'assister à des extractions de dents, et n'ayant pas reçu d'éducation spéciale sur ce point, de lire un article pratique sur le sujet en question. Dans ce but je vais m'efforcer d'indiquer les principales choses à observer et les instruments à employer.

Pour ce qui concerne l'extraction des dents temporaires, dites *dents de lait*, la chose est simple, un mouvement de rotation accompagné de traction pour les dents antérieures supérieures, et un mouvement de droite à gauche aussi accompagné de traction pour les molaires des deux maxillaires et les incisives et canines inférieures ; pour ces dernières, le premier mouvement doit être fait en dehors, la paroi alvéolaire étant plus mince à cet endroit. Pour juger de l'opportunité de les extraire, il faut bien connaître l'âge auquel elles seront remplacées, autrement les dents poussent irrégulières, et, pressant les unes sur les autres, se carient plus facilemeut. Les quatre incisives supérieures et inférieures étant remplacées par les dents permanentes, entre la 7e et 8e année, il faut, autant que possible, retarder leur extraction jusqu'à cet âge ; les dents inférieures apparaissent généralement quelque temps avant celles de la mâchoire supérieure. Les canines temporaires doivent rester en place jusqu'à 12 ou 13 ans; les molaires temporaires sont remplacées par les bicuspides, appelées aussi prémolaires, la première entre 9 et 10 ans et la seconde entre 11 et 12. La première molaire permanente apparaissant à l'âge de six ans, les parents la confondent souvent avec les dents temporaires et la font extraire croyant qu'elle sera remplacée, c'est alors au praticien à leur expliquer leur erreur, car pour lui la grosseur, la forme et la position de la dent ne lui permettent pas de se tromper. Des personnes nous répondent souvent que la dent en question n'a jamais tombé, pour employer l'expression populaire ; c'est qu'elles croient que toutes les dents poussent deux fois. Erreur, puisque la première dentition se compose de 20 dents et la seconde de 32, donc il y a 12 dents qui ne sont pas remplacées, et ce sont les 3 grosses molaires de chaque mâchoire et de chaque côté, qui apparaissent la 1ère à 6 ans, la seconde à 12 ans et la troisième, appelée dent de sagesse, entre 18 à 25 ans, et

souvent plus tard. On remarquera qu'il n'y a que les molaires temporaires qui sont remplacées par des dents de formes différentes, et qui n'existent que dans la seconde dentition, les bicuspides ou prémolaires. Lorsque la dent de la sixième année, c'est-à-dire la 1ère grosse molaire permanente, est trop cariée, il est préférable de l'enlever avant la 12me année, car alors la 2me grosse molaire, qui apparaît à cet âge, prend sa place, et il ne reste aucun espace vide.

L'extraction des dents permanentes est plus compliquée, chacun le sait, et souvent même très difficile. Pour pratiquer l'extraction avec succès, il faut connaître la forme générale des racines, leur nombre, et leur disposition ; ainsi, les incisives centrales et canines supérieures ayant une seule racine, et presque invariablement rondes, s'extraient par un mouvement de rotation accompagné d'extraction. L'extraction des canines supérieures, appelées aussi dents de l'œil, exige généralement une force très considérable, et on peut dire qu'elles sont la *bête noire* du dentiste. Les incisives centrales et latérales inférieures ainsi que les canines, n'ayant toujours qu'une seule racine aplatie latéralement, le mouvement de rotation doit être remplacé par un mouvement de côté, de dedans en dehors, et *vice versa*. Les prémolaires ou bicuspides, appelées aussi petites molaires, n'ont qu'une seule racine ovale, à l'exception de la première bicuspide supérieure droite et gauche qui a souvent une racine bifurquée ; ces dents doivent par conséquent, en raison de leur aplatissement latéral, être extraites de la même manière que les incisives et canines inférieures. Les incisives latérales supérieures ayant aussi la racine aplatie, on doit suivre la même règle que pour les dents inférieures antérieures. Les 1re et 2me molaires supérieures ont chacune 3 racines, généralement rondes, dont deux du côté buccal et une du côté palatin ; ces mêmes dents à la mâchoire inférieure n'ont que deux racines, aplaties, et placées l'une en avant de l'autre. Les 3mes molaires supérieures et inférieures (dents de sagesse) ont trois ou deux racines, suivant qu'elles sont situées à la mâchoire supérieure ou inférieure, mais ces racines se réunissent généralement, de sorte qu'elles forment un cône ; elles sont généralement faciles à extraire, mais difficiles à saisir, vu qu'elles sont à l'angle des maxillaires. Pour les incisives canines et bicuspides supérieures, il suffit d'employer une pince à deux becs droits, simples, mais pour les molaires (supérieures) il faut une pince courbe, ayant un mors simple pour saisir la racine palatine, et l'autre mors avec une pointe qui avance pour pénétrer entre les racines buccales, mais alors il faut deux pinces., une pour chaque côté.

Pour les incisives canines et bicuspides inférieures, une pince courbe avec deux mors simples est tout ce qu'il faut. Les molaires inférieures ayant deux racines, l'une en avant de l'autre, il est préférable d'avoir une pince courbe dont les deux mors sont chacun munis d'une pointe qui saisit entre les racines et rend l'extraction plus facile.

L'important, dans l'extraction d'une dent, c'est de la saisir aussi haut qu possible dans la racine, c'est-à-dire en chassant la gencive à l'aide de la pinc Les dents sont généralement symétriques, c'est-à-dire que les dents correspo dantes de chaque côté se ressemblent tant pour la forme que pour la difficult d'extraction.

Pour l'extraction des racines, il faut se servir d'une pince appelée baïonnette, et dont les mors sont longs et fins pour pénétrer sous la gencive. Lorsqu'une racine d'une dent antérieure est cariée au point qu'elle a l'apparence d'un tuyau, il est souvent facile de l'extraire en tournant une petite vis à l'intérieur, puis en tirant sur la tête avec une pince.

Les instruments appelés élevateurs ou pieds de biche rendent de bons services dans l'extraction de racines qu'on ne peut saisir autrement.

Avant de terminer, je désire rapporter un cas assez curieux qui s'est présenté dans ma clientèle. Au mois de juin dernier, M. X. se présente chez moi et demande l'extraction de la première grosse molaire supérieure, ce qui fut fait avec succès. Deux mois après, M. X. revient, se plaignant de douleurs ressenties au-dessus de la première bicuspide, qui, à la suite d'un examen minutieux, est déclarée parfaitement saine. Après quelques questions de ma part, M. X. me dit qu'il est cordonnier et a l'habitude de tenir dans sa bouche des pointes à clouer les semelles ; alors soupçonnant qu'une d'elles se serait logée dans la cavité alvéolaire de la dent précédemment extraite et aurait avancé jusque là, j'appliquai un petit emplâtre de poivre de Cayenne et au bout de deux jours une pointe apparut pressant sur la gencive. Je fis une petite incision et, la pointe enlevée, la douleur disparut. Trois ou quatre semaines après, la douleur réapparut et M. X., étant en promenade dans un village voisin de Montréal, se présenta chez le médecin qui, trouvant la dent saine, refusa de l'extraire, mais sur les instances de M. X. il céda ; la dent avait une racine bifurquée et il y avait une autre pointe à semelle entre les fourches. Je crois le fait assez curieux pour mériter une mention spéciale.

391 Rue St-Denis, Montréal.

De la méningite séreuse due au pneumocoque, par Ch. Lévi. *Arch de méd. expér. et d'an. path.* Janvier 1897.

Cette étude apporte, comme la thèse de Pochon (analysée plus loin), une nouvelle preuve à l'appui de la nature inflammatoire des accidents que l'on dénomme méningisme. Deux observations : l'une d'un enfant de 2 mois qui, après des accidents de gastro-entérite dans le cours d'un eczéma généralisé, présente des signes méningés, raideur de la nuque, dilatation d'une pupille, rougeur de la joue et de la conjonctive ; à l'autopsie œdème sérofibrineux sous-arachnoïdien et congestion intense de la convexité ; le liquide céphalo-rachidien et la couche corticale contenaient des pneumocoques décelables seulement par inoculation à la souris et par la coloration de Weigert. — Autre observation d'un enfant de 6 mois qui succombe à une broncho-pneumonie avec de l'hydrocéphalie ventriculaire à pneumocoques au cours d'une broncho-pneumonie. Ces faits prouvent que le pneumocoque peut produire des leptoméningites sérofibrineuses au même titre que le bacille de la grippe (Pfuhl et Walther), de la fièvre typhoïde (Tictine). Si ces lésions à un degré plus modéré peuvent guérir, ce qui ne paraît pas impossible, *on peut conclure que beaucoup de faits de méningisme dans les infections ne sont que des méningites atténuées.*

Mais d'autre part, il y a lieu de se demander si ces méningites ne peuvent pas être l'origine d'hydrocéphalies persistantes (Quincke) ou d'encéphalopathies chroniques scléreuses (Filatow).

FORMULAIRE

Sciatiques rebelles.

Alcool fort	ãã 1 once.
Chloroforme	
Ammoniaque	ãã ½ once.
Camphre	
Laudan. Syd	5 drachmes.

En frictions et en compresses.

GLORIEUX.

Traitement de la métride chronique.

Conseille :

1° Dilatation graduelle et complète par les laminaires appliquées plusieurs jours de suite.

2° Introduction, dans l'utérus dilaté, d'une sonde à double courant (Budin, Olivier, Reverdin), puis irrigation avec 1 ou 2 litres de liquide très chaud (38 degrés). Employer de préférence une solution de bicarbonate de soude à 3 pour 100, recommandable par ses propriétés muco-dissolvantes. Si l'utérus est infecté, préférer la mixture suivante qui n'est pas toxique :

Naphtol	ãã 1½ drachme.
Salol	
Chloral	
Alcool	6 onces.

Une cuillerée à soupe par litre d'eau bouillie.

3° Introduction d'une éponge comprimée et aseptique, imbibée pendant deux minutes dans la solution suivante :

Acide salicylique	15 grains
Alcool	2 drachmes.
Eau	6 onces.

de façon à ce que la surface seule soit imbibée. La laisser en place pendant à huit heures.

Le curettage ne doit être pratiqué que dans les cas de métrite consécu à des avortements.

LUTAUD.

Traitement de la toux chez les phtisiques.

Bromoforme	xxx gouttes.
Alcool	2 drachmes.
Sirop d'ipécacuanha — thébaïque — de laurier-cerise	2½ onces.

M. D. S. — A prendre tous les jours trois à quatre cuillerées à soupe dans l'intervalle des repas.

ROLLAND.

Épilepsie.

Oxyde de zinc	2 grains.
Poudre de valériane	2 grains.
— de belladone	⅙ grain.
Savon médicinal	q. s.

Quatre pilules par jour.

JULES VOISIN.

Poudre composée pour injections vaginales.

Alun pulvérisé Acide borique en poudre Borax pulvérisé	ââ 1 once.
Sulfate d'hydrastine	10 grains.
Acide phénique Essence de cannelle	ââ xx gouttes.

Mêlez. — Usage externe. Pour chaque injection, on fait dissoudre une cuillerée à café de cette poudre dans un demi-litre d'eau.

M. W. B. HOUSSE.

Pommade pour les sondes.

Poudre de savon Glycérine Eau	ââ 1 once.
Naphtol B	15 grains.

Cette pommade se conserve bien ; elle est très soluble et parfaitement glissante.

Professeur GUYON.

Potion expectorante.

Eau de tilleul	5 onces.
Suc de réglisse	2½ drachmes.
Sel ammoniac	80 grains.
Extrait de jusquiame	2 grains.
Émétique	1 grain.

M. Une cuillerée toutes les heures dans les rhumes avec réplétion bronique (*Gaz. hebd.*)

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - *Dr J. B. A. LAMARCHE*

Rédacteur en chef : - *Dr E. P. BENOIT*

MONTRÉAL, NOVEMBRE 1897

COURRIER DES HOPITAUX

HOSPICE DE LA MATERNITE

Par le Dr E. A. René de Cotret, professeur-adjoint d'Obstétrique

Avant de vous relater l'histoire des cas intéressants observés à la maternité, permettez-moi de faire une courte étude des changements survenus dans cette institution depuis quelques années.

Qui ne se souvient de cette petite chaumière dont la cheminée et la toiture seules jetaient furtivement leur regard honteux par-dessus cette grande palissade plantée au coin des rues St-Hubert et Lagauchetière. Nos ainés en médecine y ont connu les misères et les débuts difficiles d'une maternité. Que de choses ne nous raconteraient-ils pas s'ils n'étaient aussi charitables et aussi discrets que le sont tous les médecins consciencieux !

Répondant, autrefois, à la petite croix noire, symptôme tangible, ou signe prodomique d'un accouchement imminent, que faisaient nos ainés auprès de la femme en travail ? Regardaient-ils de loin, comme on l'a dit dernièrement, le travail se faire et l'expulsion se produire, contents d'avoir nourri leurs yeux seuls d'une science qu'on n'acquiert qu'en se trempant les doigts dans le plat pour en extraire le gâteau ? Comment faisaient-ils leur examen ? Se lavaient-ils les mains plutôt après qu'avant le toucher ? Hélas ! ce que j'ai vu faire récemment par un vieux praticien que la renommée a pourtant porté sur ses ailes, me prouve que le cœur était près des lèvres et du morceau de pain que la main plus ou moins parfumée y porterait, et que la conscience du devoir accompli honnêtement n'était pour rien. Si l'on doit se purifier les mains après le toucher afin de se protéger de toute souillure, et d'enlever toute odeur désagréable, combien est-il plus nécessaire de pratiquer cette opération avant tout examen chez la femme en travail, car la vie de cette dernière est en jeu. Et que prouve cette fameuse fièvre de lait, inévitable après l'accouchement, pour tous les praticiens du régime *anti-aseptique* ou *ante-aseptique*, si ce n'est qu' péchait mortellement contre la propreté des mains ? Il faut croire qu'on n'av pas encore entendu ce fameux mot du Dr Budin. " Quand j'étais, dit-il, c de clinique, les étudiants n'étaient pas, comme aujourd'hui, convaincus de nécessité d'une asepsie parfaite et j'en voyais souvent qui voulaient pratique toucher avec des mains plus ou moins nettes. " *Pardon, leur disais-je, lav* " *vous d'abord, dans l'intérêt des malades ; votre examen terminé, vous fe* " *ce que vous voudrez, c'est votre affaire.*"

A combien la leçon peut-elle servir aujourd'hui ? Que ceux qui ont a déplorer la mort d'une cliente, fassent un bon examen de conscience. Peut-être se frapperont-ils la poitrine !

A la place de l'ancienne maisonnette s'élève aujourd'hui un superbe édifice. Quatre grands étages donnent, annuellement, à quatre ou cinq cents femmes enceintes, un abri où les règles de l'hygiène moderne sont observées minutieusement. Tout y est propre ; et, qui ne connaît cette propreté qu'on rencontre nulle part ailleurs que dans les communautés de religieuses ? Mais, ce n'était pas encore de la propreté obstétricale. Peu à peu, nous avons changé les méthodes défectueuses, dans l'intérêt des malades et à l'avantage des étudiants. Dans la suite du *Courrier de la Maternité*, je ferai connaître, au fur et à mesure que l'occasion s'en présentera, toutes les améliorations survenues.

Chaque année, de cinquante à soixante ou soixante-dix étudiants suivent les cliniques de la Maternité. Ils sont divisés par comité de quatre membres. A tour de rôle, chaque comité est appelé à suivre les différents cas d'accouchement. Ainsi, une femme est prise des douleurs de l'enfantement ; elle descend du troisième étage, réservé aux gestantes, dans la salle du Bon Pasteur (salle d'accouchement). La garde-malade en charge pratique le toucher et se rend compte de l'état du col, etc. Elle demande de suite à la religieuse d'avertir, par téléphone, le comité No 1.

Chaque étudiant, en s'inscrivant à la Maternité, donne son adresse et le numéro du téléphone qui l'appellera. En outre, nous avons un annuaire de L'Université nous indiquant les heures des cours et des cliniques d'où il est facile d'appeler les comités. Malgré tout le bon vouloir des religieuses, les étudiants perdent souvent des cas. Quelquefois, la parturiente nous joue un tour. Elle connaît la présence des carabins aux accouchements ; aussi n'avertira-t-elle la garde-malade qu'au moment de l'expulsion du fœtus. Elle descend à la salle du Bon-Pasteur ; mais il est trop tard pour demander un comité. Parfois, c'est une malade qui nous arrive du dehors, à la dernière période du travail ; et, parfois, ce qui est fréquent, nos carabins sont en faute. La raison ? je ne la connais pas. J'ai vu appeler sans succès, pendant deux heures, différents comités.

Le comité No I est au complet, (vous pensez bien qu'il a fallu plus de cinq minutes pour le réunir) ; il monte dans la salle du Bon Pasteur où je l'attends après avoir fait mon diagnostic du cas ou des cas (il nous arrive souvent d'avoir trois ou quatre accouchements dans le même temps). Personne, (ni le médecin, ni la garde-malade, ni les étudiants), ne fait un examen. ou n'approche de la patiente sans s'être lavé et brossé les mains à l'eau chaude et au savon, puis dans une solution de bichlorure de mercure. Les étudiants sont avertis de se couper les ongles ras et de toujours les tenir courts, quitte à se servir d'un instrument aseptique pour rompre, au besoin, la poche des eaux. Il vous souvient, sans doute, qu'autrefois c'était l'usage (coutume barbare et criminelle) d'avoir l'ongle de l'index assez long pour rompre facilement les membranes. Oh ! quel vaccin n'allait-on pas inoculer ainsi ! Et de quel malheur cet ongle en deuil ne se rendait-il pas coupable ! La mort, il est vrai, n'en était pas toujours la conséquence inévitable. La mort est-elle le plus grand des maux ? Demandez-le donc à ces pauvres femmes impotentes, clouées depuis des années dans leurs lits. Ce qu'elles souffrent pouvez-vous le comprendre ? Mille fois, elles ont appelé la mort qu'elles trouveraient mille fois plus douce que la vie sans soleil et sans repos. Depuis quand languissent-elles loin des joies et des plaisirs, maudissant, sans le savoir, l'accoucheur imprudent qui pèche par ignorance ou négligence ? Elles souffrent depuis le jour où cet accoucheur les a infectées. Demandez-le donc aux gynécologistes pourquoi elles souffrent, ces malheureuses ? Demandez-leur donc aussi, à ces mêmes gynécologistes, qui leur fournit le pain quotidien et les enrichit si vite ? Mais, vous répondront-ils, nous attendons notre nourriture, nos richesses, de vous messieurs les accoucheurs.

Vous le voyez, je n'insiste pas seulement sur le lavage et le brossage des mains, mais de plus sur les soins à donner aux ongles. Il ne faut pas faire comme ce chirurgien allemand qui croyait s'être bien désinfecté les mains dans les différentes solutions antiseptiques, quand ses dix doigts restaient encore bordés d'une large bande noire, en signe de deuil, je suppose, pour les microbes tués ou comme l'étendard de la mort qu'il portait chez ses opérés. Assez sur ce sujet que je retoucherai plus tard.

Revenons plutôt à nos carabins que j'ai laissés en consultation auprès du lit de misère de la Maternité. Deux d'entre eux pratiquent le toucher, en observant minutieusement tout ce que le doigt rencontre à la vulve, dans le vagin, ou au col de l'utérus. L'état du col, la forme de la poche des eaux, la présentation et la position attirent spécialement leur attention. Ces deux étudiants me communiquent leur diagnostic que je confirme, s'il concorde avec le mien ; dans le sens contraire, ils doivent recommencer leur examen qu'ils prolongent autant qu'il leur est nécessaire.

Ce n'est pas par complaisance ou par imagination qu'ils peuvent calquer leur diagnostic sur le mien, car ce dernier ne leur est dévoilé qu'après qu'ils ont complètement terminé leur examen. Aussi leur est-il difficile de s'imaginer trouver le col quand ils touchent un repli du vagin. Ils doivent m'indiquer le degré d'effacement du col, sa mollesse, sa dilatation, la différence entre la lèvre antérieure, et la lèvre postérieure, etc., etc.

Malheureusement, il se rencontre encore des étudiants qui préfèrent voir l'accouchement de loin. Est-ce par crainte de se salir les doigts, ou par paresse d'enlever leur bague et de se laver les mains ? J'ai été quelquefois dans l'obligation de forcer certains élèves à instruire leurs doigts plus que leurs yeux.

Les deux autres étudiants du comité mettent la patiente dans la position convenable au palper qu'ils pratiquent aujourd'hui avec beaucoup de facilité. Je suis heureux de le dire hautement : l'an dernier, au moins une douzaine d'élèves faisaient un très bon diagnostic par le palper et l'auscultation. Ils traçaient parfaitement sur l'abdomen de la parturiente les différentes lignes et les points variés qui indiquent telles ou telles positions, parce qu'on y devra entendre le summum d'intensité des bruits du cœur fœtal. Leurs doigts exercés trouvaient facilement, à travers la paroi abdominale, le corps dur et rond formé par la tête fœtale, de même que la petite tumeur constituée par l'épaule. Ils différencaient les deux pôles fœtaux.

Pendant ce premier examen, chaque élève est interrogé sur le nombre des présentations et positions, le diagnostic de chacune d'elles, les phénomènes physiologiques et mécaniques de l'accouchement, etc.

Si l'accouchement ne se termine pas de suite, les étudiants descendent à leur salle d'attente ou s'absentent, suivant la marche du travail, pendant deux ou trois heures après lesquelles ils renouvellent leur examen, généralement encore sous ma surveillance. Parfois, la patiente sera soumise, (toujours d'après la durée du travail) à cinq ou six examens (un toutes les 2, 3, ou 4 heures) du médecin, de la garde-malade et des deux étudiants. Additionnez : six touchers du médecin, autant de la garde-malade et douze des étudiants, en tout vingt-quatre touchers, et, dites-moi si les élèves ne sont pas plus favorisés que les malades protégées ? Hé bien ! malgré ce grand nombre de touchers, vous pouvez vous convaincre si tout se fait antiseptiquement par le fait que les étudiants se plaignent de ne pas suivre les cas d'infection puerpérale. La raiso en est bien simple : nous n'en avons pas. Je suis fier de l'annoncer, notre mo talité, qui était considérable avant l'ère aseptique et antiseptique, est deven nulle depuis l'adoption du régime de l'antisepsie obstétricale.

Ainsi, les étudiants n'ont pas l'avantage de voir des cas d'infection pu pérale parce qu'ils se désinfectent soigneusement les mains avant de pratiquer toucher ; parce que le médecin et la garde-malade font de même ; parce que parties génitales de toute accouchée sont examinées attentivement et pans

antiseptiquement ; parce que toute accouchée reçoit, tous les jours, au moins deux injections vaginales au bichlorure de mercure ou à l'acide carbolique ; parce que, au besoin, lorsque la température ou le pouls de la malade s'élève, nous ne craignons pas de donner des injections intra-utérines.

J'exagère, peut-être, en disant que nous n'avons pas un seul cas d'infections puerpérales. Je devrais dire nous en avons deux ou trois par année, mais encore je dois les appeler de leur vrai nom que MM. Labadie—Lagrave et Gouget leur ont donné : *fièvres puerpérales antiseptiques* ou *fièvres puerpérales atténuées*. Mais qu'est-ce que deux ou trois sur un total de quatre cents accouchements ? Je comprends le désappointement des étudiants Ils s'attendent à rencontrer, comme autrefois, des *fièvres puerpérales* aux symptômes alarmants et tapageurs, à marche progressive. S'imaginent-ils, par hasard, de voir journellement de ces moribondes à la face grippée, en proie à des douleurs atroces et continuelles, vomissant incessamment et affligées d'une diarrhée profuse ; de ces moribondes à la respiration accélérée et superficielle par suite de l'énorme distension de l'abdomen ? Dans des lochies fétides, croient-ils trouver encore cette odeur de gangrène et de pourriture ?

Les étudiants ne font même pas connaissance avec cette inséparable compagne des accouchements du temps jadis : *la fièvre de lait*. La *fameuse fièvre de lait*, qui cachait l'ignorance, a complètement disparu. Pourtant, c'est ici qu'on devrait la rencontrer puisque pas une femme ne nourrit son enfant. Aussi, les étudiants savent-ils parfaitement d'où part l'étincelle qui allumera une fièvre ardente si l'on n'y prend garde, et connaissent-ils quelle eau merveilleuse en arrêtera la marche envahissante.

Depuis quelques années, la loi sur la médecine oblige les élèves à suivre au moins douze accouchements. L'an dernier, plusieurs comités ont eu jusqu'à vingt-quatre et vingt-six cas d'accouchement, au nombre desquels sept ou huit applications de forceps. Tous les autres comités ont assisté au moins douze fois les femmes en travail. La moyenne a, cependant, été de dix-huit cas pour chaque comité. La différence dans l'assistance des comités s'explique par le fait que certains comités sont composés de membres arriérés dans leurs cours ou leurs examens. Quand leur douze cas sont terminés, ils donnent leur tour à leurs confrères. Autre raison : il est une coutume de laisser le comité appelé faire tous les accouchements qui peuvent se présenter pendant son séjour à la Maternité. Ainsi, le comité No II est appelé ; le travail n'est qu'au début. On examine la malade et on prend soin du cas. Celui-ci n'est pas terminé, et une autre femme descend dans la salle du Bon Pasteur, (quatre ou cinq femmes peuvent ainsi descendre et être délivrées avant la première) ; dans ce cas, l'usage veut que les étudiants présents restent en charge du cas ou des cas nouveaux.

Chaque comité n'a pas eu moins de trois applications de forceps. Soit dit en passant que le forceps n'est pas appliqué, à la Maternité, comme un instrument de complaisance. Nous ne nous servons pas du forceps pour le simple plaisir d'être agréable aux étudiants qui nous y sollicitent beaucoup.

Non, les *fers* ne sont employés qu'en cas d'absolue nécessité. C'est une véritable opération qui a des dangers plus grands qu'on ne le croit généralement. Les chirurgiens des hôpitaux, dans le but d'être utiles aux étudiants, pratiquent-ils des opérations de fantaisie ?

Il est bien facile de faire croire à la femme en travail qu'il y a urgence de mettre un terme à ses souffrances. Elle ne connaît rien ; elle ne sait pas où en est rendu la dilatation du col ; elle ignore comment l'enfant se présente. Elle vous croit, elle a mis sa confiance en vous. Que ça soit à la Maternité ou dans la clientèle privée, que la patiente soit riche ou pauvre, c'est une femme, c'est une mère, elle a droit à tous vos égards ; allez-vous la tromper ?

Il y a beaucoup de parturientes pusillanimes qui cèderont vite à vos sollicitations. Elles ne s'imaginent pas que vous, médecins, vous êtes les plus intéressés à vous *débarrasser* de leur accouchement ; elles ne vous croient pas l'âme

assez vénale pour hâter leur délivrance dans le seul but de courir auprès d'autres patientes et faire ainsi le plus d'argent possible dans le moins de temps possible. C'est avec expérience de cause que je parle ainsi. Oui, malheureusement, il se rencontre trop de médecins qui appliquent le forceps sans nécessité et sans que les voies soient prêtes. Le médecin doit avoir une conscience, une conscience qui prime tout. Il doit se rappeler que la vie de sa patiente est entre ses mains.

Ce n'est pas une chose si simple et si naturelle que l'application du forceps. Vous, messieurs, qui mettez les fers à toutes vos parturientes, avez-vous examiné les délabrements, les dégâts que vous avez causés? Avez-vous songé que cette déchirure du col ou du vagin, faite par votre instrument, sera une porte largement ouverte aux microbes qui vont s'y précipiter en flots? Non, vous n'y avez pas songé puisque vous n'avez même pas pris le soin d'examiner la femme après la délivrance; vous n'y avez pas songé, parce que vous n'avez pas suturé la déchirure et fermer la porte aux microbes; vous n'y avez pas songé, parce que vous n'avez pas prescrit les solutions antiseptiques, seules capables de balayer les agents meurtriers de l'infection puerpérale.

Vous croyez que c'est une chose bien simple! eh bien! écoutez M. le docteur W. Japp Sinclair, président de la section d'obstétrique et de gynécologie à la dernière assemblée annuelle de l'Association Médicale Britannique.

" L'an dernier, dit-il, je fus appelé auprès d'une jeune primipare accouchée " depuis une semaine. A la consultation, son médecin me dit qu'il ne pouvait " comprendre pourquoi l'état de la malade était si inquiétant, vu que l'ac- " couchement s'était bien passé. En effet, le cas était désespéré. En examinant " la patiente dans la position obstétricale, je découvris une large et profonde " déchirure des parois vaginales; le doigt explorateur pénétrait facilement " dans le tissu péri-utérin. Le médecin n'avait fait aucune allusion au forceps, " au cours de la conversation que nous avions eue avant d'examiner la " patiente. Ce n'est qu'après mon examen que mon collègue m'expliqua pour- " quoi et à quelle période il avait employé le forceps. Il me sembla dans le " temps que mon confrère *attachait si peu d'importance* à la terminaison du " travail par le forceps qu'il avait oublié d'en mentionner l'emploi. L'enfant " vécut, mais la mère est *morte*."

Je pourrais citer un nombre infini d'exemples pour vous prouver la justesse de mes remarques.

A la Maternité, l'intérêt des malades marche de pair avec l'avantage des étudiants. Aussi, l'an dernier, pour suppléer au nombre des applications de forceps, j'ai fait pratiquer les manœuvres obstétricales sur le mannequin. Cependant, les étudiants n'ont pas à se plaindre sous ce rapport, puisqu'ils ont assisté, en moyenne, à trois applications de forceps.

Les premiers accouchements de chaque comité sont faits par le médecin qui en explique le mécanisme, et enseigne la conduite de l'accoucheur à la période d'expulsion et de délivrance. Quand les étudiants ont assisté à deux ou trois accouchements, ils aident eux-mêmes, sous le regard de leur professeur, la femme aux derniers moments de la parturition. Ils pratiquent la délivrance, quand il le faut, et en apprennent les différentes méthodes. Je dis quand il le faut, parce que je leur enseigne à ne pas tirailler le cordon, à ne pas faire d'effort pour extraire le délivre, et à attendre le temps nécessaire à la délivrance naturelle. Ils assistent à la toilette de la patiente et lui appliquent sa bande, tout en surveillant son pouls et l'état de l'utérus. Le placenta es examiné devant eux, afin de les habituer à y déceler certaines maladies, tell que la syphilis, l'albuminurie, la tuberculose, et pour constater s'il n'y manqu pas quelques cotylédons ou si les membranes sont complètes. L'enfant est lav et vêtu en leur présence. Quelquefois je leur fais donner le bain à l'enfant e le leur fais habiller.

Pour les cas d'accouchement ordinaires, comme je l'ai dit plus haut, le nom

bre des étudiants est de quatre; pour les cas extraordinaires ou de dystocie, leur nombre s'élève jusqu'à douze ou au-delà. Parfois quarante à cinquante étudiants étaient présents à la clinique de la Salle du Bon-Pasteur. Il est permis dans l'occasion à l'élève, qui a vu deux ou trois applications de forceps, de se servir lui-même de ces instruments sous la direction du professeur.

Avant d'entrer, avec la nouvelle accouchée, dans une autre salle, laissez-moi vous dire un mot sur l'ameublement de notre salle d'accouchement.

Pendant les séances de l'Association Médicale Britannique, monsieur le professeur Lamarche a lancé, à tous les médecins, une invitation de visiter la Maternité et d'y constater les progrès immenses qui se sont accomplis depuis quelque temps. Plusieurs médecins étrangers (et des plus illustres), et plusieurs de nos confrères du Canada, tant anglais que français, ont répondu à l'invitation de M. le docteur Lamarche. Tous ont été émerveillés et ont été unanimes à dire que la Maternité ca tholiqe de Montréal était un modèle dans son genre

En effet, dans sa toilette nouvelle et sévère, elle peut supporter la comparaison, je ne dis pas avec les autres maternités de Montréal ou du Canada, car elle leur est de beaucoup supérieure, mais avec toutes les maisons du même genre aux Etats-Unis. Les dames religieuses, propriétaires de cet immense établissement, ont voulu suivre le mouvement de progrès, qui envahit toutes les branches de la médecine. Elles y ont pleinement réussi, et leur ouvrage se termine par un chef-d'œuvre qui leur fait honneur, autant qu'à la ville de Montréal, et à l'Université Laval.

Laissez-moi, en passant, répondre à une critique qu'on entend même parmi les gens instruits. On ne comprend pas l'existence de religieuses dans une maternité. C'est, d'après certaines personnes, encourager le vice, que de le cacher. Hélas! le raisonnement est faux. Celui qui a une connaissance parfaite de la vie du monde, n'a qu'à jeter les yeux autour de lui, et à se dire : dans le cercle des dames honorables qui m'environnent, des mères respectables et vénérées qui font la joie et le bonheur de leur famille, j'en vois peut être une dont la nuit du passé cache un mystère qui, s'il eut été dévoilé, aurait été le premier anneau d'une longue chaîne de malheurs ou le premier pas au bord d'un précipice sans fond. Enlevez donc à la femme son honneur; que lui reste-t-il? Peu lui importe son père, sa mère, ses frères. Elle ne reconnaît plus de famille, et, tête baissée, elle se jette à corps perdu dans le crime, où, de chute en chute, elle roule sans jamais s'arrêter que sur le seuil de la mort ignominieuse de la prostituée ou de la suicidée. Oui, enlevez-nous notre maternité, conduite par des religieuses, et dites-moi où se refugieront ces coupables d'un instant, ces jeunes filles de familles respectables? Elles iraient cacher leur honte et leur désespoir dans des maisons de rendez-vous, ou encore dans des lieux plus ignobles, exposées continuellement à toutes les turpitudes, se faisant connaître par un monde lâche et sans principe, qui ne craindrait pas de leur jeter, plus tard, à la face, la honte de leur faute passée. Elles iraient dans ces maisons, que la première femme venue intitule : "maison de pension pour dames; strictement privée." Y apprendraient-elles la morale que les religieuses leur eussent enseignée dans le cloître? La retraite, loin de tout ce qui peut lui rappeler sa faute, est certainement plus salutaire à la femme, que le séjour encore plein du souvenir d'un jour néfaste.

Pardon, si je me suis un peu éloigné de mon sujet pour défendre une cause qui n'est certainement pas de mon ressort, car la charité et le dévouement, quoi qu'on fasse, ne cesseront jamais de répandre le bien à pleine main sur tous indistinctement.

Je voulais donc vous donner la description de l'intérieur de la maternité.

Que j'y introduise un jeune médecin, dernièrement diplômé qui y a suivi les cours, même l'an dernier, je suis certain qu'il n'y reconnaîtrait pas, je ne dis pas son Alma Mater, parce que le mot pourrait prêter à équivoque, mais l'institution qui lui a donné asile, tant les changements sont marqués et nombreux.

La salle du Bon-Pasteur n'a pas varié dans ses dimensions; mais son aspect

n'est plus le même. Aujourd'hui, elle est presque richement décorée. Sa richesse, cependant, ne s'étale pas dans des moulures dorées ou une architecture ogivale. Elle est belle dans sa simplicité hospitalière. Le plafond et les murs de toutes nos salles sont unis, sans festons et sans astragales. Ils sont fraîchement peinturés à l'huile. La couleur est d'un ton clair et agréable. Tous les planchers sont en bois franc durci et rendu imperméable par trois ou quatre couches d'huile et de vernis.

Dans la salle d'accouchements, nous avons trois bassins de pierre, deux, pour les mains et un pour laver l'enfant naissant Ils sont munis, tous les trois, de deux robinets, dont l'un amène l'eau froide, et l'autre, l'eau chaude. Nous avons en plus un robinet avec le filtre Chamberland. Chaque bassin est recouvert d'une table de marbre, que de légers et élégants supports maintiennent en place. Rien n'entoure les tuyaux de renvoi : plus de nids à vermine, et de fabriques de microbes. Les coins noirs et humides ont disparu ; la lumière pénètre partout pour étaler au grand jour la propreté de l'hygiène moderne. Oui, la lumière vient se refléter sur toutes nos conduites d'eau qui sont en fer nickelé.

Une grande table, également de marbre, de deux pieds et demi par quatre, soutenue par de petites colonnes de cuivre nickelé, reçoit tous nos instruments et tout ce qui sert aux différentes manœuvres de l'accouchements Au-dessus de la table, sont déposés, sur une longue tablette de pierre blanche, tous les bocaux qui contiennent, celui-ci, le sérum-artificiel ; celui-là, l'eau filtrée ; un autre, la gaze aseptique qui a remplacé les éponges jetées au feu ; un autre, le coton absorbant aseptisé pour l'ombilic de l'enfant. On y voit également, dans un bassin couvert et rempli d'une solution de formaldéhyde, la soie pour les sutures du périnée et les fils pour la ligature du cordon ombilical. Il serait trop long d'énumérer chaque article de notre arsenal obstétrical. Cependant je me garderai bien d'oublier notre saindoux des jours d'antan. Vous vous en souvenez, il n'y a pas de mal à le dévoiler, tous les médecins l'ont vu, l'ont connu, l'ont goûté des yeux et du doigt. Vous rappelez-vous de quelle couleur il était? blanc, noir ou rouge ? Hélas ! il a fondu et n'est plus ; aujourd'hui son successeur, souvent renouvelé dans un petit pot bien net et bien couvert, est d'un beau blanc et d'une odeur qui rappelle l'étiquette : *mort aux microbes*.

Je ferai une mention spéciale de la magnifique armoire vitrée, don de M. le professeur Lamarche. C'était un meuble qui nous manquait. M. le professeur y a ajouté un certain nombre d'instruments de grande valeur et d'une utilité réelle. Aujourd'hui, si nous n'avons pas tous les instruments qu'on trouve dans une Maternité bien outillée, au moins nous sommes sortis de la disette du passé, et nous avons l'espoir de montrer, bientôt, avec orgueil, une salle d'accouchement modèle. Nos deux lits de misère sont, vous le pensez bien, d'un usage continu.

La salle du Bon Pasteur mesure vingt-quatre pieds par vingt pieds six pouces. La chambre voisine ou infirmerie, ou salle des accouchées, est longue de cinquante-cinq pieds et large de vingt. Elle contient quatorze lits, y compris celui de la garde-malade. Quatre grandes fenêtres, exposées au soleil presque tout le jour, lui donnent la lumière. Elle est réservée aux accouchées pauvres—(celles qui sont vues des étudiants). (1)

L'infirmerie des payantes mesure trente-deux pieds par vingt, est éclairée par trois châssis, et contient dix lits. Une autre salle de vingt-deux pieds par vingt, avec six lits, sert aux gestantes qui sont malades ou sous observation immédiate.

---

(1) Nous avons placé de grands ventilateurs, modèle Lessard & Harris, dans chaq sa le. Comme ces ventilateurs n'ont fonctionné que pendant les jours d'été nous ne pouv dire si vraiment ils rempliront nos salles d'un a r pur. Tout de même, j'ai souvent remarquer aux gardes-malades leur utilité. Plusieurs matins, je suis entré dans les in meries où reposaient une dizaine de malades, avant l'heure de l'ouverture des fenêtres, j'ai été frappé du fait que l'air ne paraissait pas vicié.

Ces trois dernières salles ne sont séparées que par de grandes portes. Ces dernières étant ouvertes, nous sommes dans un immense appartement de cent pieds, contenant trente lits, nombre qu'on peut augmenter facilement vu les larges intervalles entre chaque couche.

De cet appartement, les malades passent dans la salle des convalescentes, longue de quarante cinq pieds sur vingt-deux de large. Elle a quinze lits.

Notre pavillon d'isolement comprend deux chambres, l'une de dix-sept pieds par neuf et l'autre de dix-sept par douze et demi. Il donne sur un petit passage ou anti-chambre où les gardes-malades isolées préparent tout ce qui est nécessaire à leurs patientes. Une fois entrées dans ce pavillon, les gardes-malades n'en sortent qu'après avoir été complètement désinfectées. La pharmacie se trouve près de la salle du Bon Pasteur. Elle est bien montée. On y trouve un stérilisateur, et un poële à gaz

Tous nos lits sont en fer forgé, et sont réduits à leur plus simple expression : un bon sommier, un large piqué, et un imperméable, plus les couvertures nécessaires à l'état des malades. Le matelas n'est toléré que dans le lit de la garde-malade. L'avantage de notre lit est d'être simple, tres-confortable et surtout facilement rendu aseptique Le piqué est lavé et désinfecté pour chaque nouvelle accouchée; l'imperméable qui le recouvre est très souvent passé au bichlorure de mercure. Le dortoir des gestantes contient soixante-treize lits. Ces dernières ont un matelas de crin et de laine. Le dortoir est au quatrième étage. Le troisième est divisé en plusieurs chambres où les gestantes s'occupent à divers travaux.

Tous les étudiants ont accès les jours de cliniques dans la grande salle des accouchées pauvres, et dans la chambre St-Roch, (pavillon d'isolement) quand il s'y trouve des malades infectées. Il est permis aux étudiants d'assister tous les matins à la visite des malades dont les suites de couches ne sont pas normales.

Il se donne régulièrement deux cliniques par semaine, (mardi et samedi), auprès des accouchées qui sont vues, revues et examinées par les étudiants jusqu'à ce que la convalescence soit bien établie. En outre, comme je l'ai dit plus haut, il y a deux, trois, quatre cliniques au lit de misère de chaque parturiente. Chacune de ces dernières cliniques ne dure pas moins de quarante à cinquante minutes. Très souvent il a été permis aux étudiants de voir quelques patientes avant leur accouchement. Les grandes cliniques du mardi et du samedi sont données par M. le professeur Lamarche.

En terminant, laissez-moi dire un mot de nos gardes-malades, dont le dévouement sans bornes n'a d'égal que leur charité et leur patience auprès des malades. Leur savoir pourrait faire envie à beaucoup de médecins ; car, il est vraiment beau de les voir à l'œuvre, faisant leur diagnostic, ou terminant un accouchement. Elles connaissent parfaitement tous les caractères du pouls et se servent bien du thermomètre. Souvent j'ai regretté de pratiquer parmi les pauvres, et même chez les riches, car j'y sentais l'absence de ces femmes dévouées et précieuses. Elles sont rares dans la clientèle privée, les bonnes gardes-malades. Espérons que les portes de la Maternité seront bientôt ouvertes et qu'il en sortira un grand nombre de gardes-malades aussi intelligentes et aussi dévouées que celles qui se consacrent dans l'ombre à l'œuvre philantropique des révérendes sœurs de la Miséricorde.

DÉCÈS

St-Germain.—A St-Hyacinthe, le 3 octobre 1897, est décédé le docteur J.-H. St-Germain.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE DERNIER RAPPORT DU C. M. & C. P. Q.

Dites que ça ne paye pas de tenir l'œil ouvert sur le Bureau des Gouverneurs !

Nous avons reçu, dans les derniers jours d'août, le rapport des assemblées de juillet et septembre 1896 et de juillet 1897.

Enfin ! Quatorze mois en retard le rapport de juillet 1896 ! Après tout : " mieux vaut tard que jamais," dit le proverbe, et les médecins sont si patients !

M. le Dr Roddick, dont on connaît le dévouement aux intérêts professionnels, a soulevé de nouveau, en juillet dernier, la question de faire imprimer et distribuer les minutes des assemblées semi-annuelles et proposé une motion ordonnant la publication du rapport de chaque séance, dans les quinze jours suivant la réunion du Bureau,

Fasse le Ciel que cette motion, comme tant d'autres de même nature, ne passe pas par la *boîte aux lettres-mortes !* On a la mémoire si courte en certains parages.

Nous saluons avec plaisir l'arrivée de ce rapport, parce que nous y trouvons la preuve écrasante de plusieurs griefs sur lesquels nous avons eu l'honneur d'attirer l'attention du corps professionnel.

L'*Union* avait dit : " l'obligation que nous impose le Bureau de faire la " preuve en cas de poursuite contre les charlatans est odieuse ".

Et le collaborateur de la *Clinique*, celui-là même qui sait compter jusqu'à dix, de s'écrier :

" Il est faux, archi-faux, que le Bureau oblige les médecins de faire la preuve " en cas de poursuite contre les charlatans.

" Tout ce que le Bureau demande, c'est un rapport signé par un médecin " licencié, afin de permettre à son agent de se procurer certains détails dignes de " foi, pour préparer sa poursuite et conduire à bonne fin une cause dont il est " seul responsable ". *Clinique*, août 1897.

Que dit, maintenant, l'agent du Collège dans son rapport, page 14 :

" ..... ; de tous côtés les plaintes me parviennent, mais ce que je tiens à " faire remarquer publiquement, c'est que les 99/100 de ces plaintes sont " incomplètes et ne sont point accompagnées des pièces justificatives nécessaires " pour procéder ; j'irai encore plus loin, et cela peut vous paraître étrange, mais " on impose à l'agent de poursuivre tel ou tel charlatan et on ne peut même pas " lui procurer son nom ; mais c'est un comble !

" Ce qu'il importe avant tout pour mener une cause à bonne fin, *c'est d'a* " *des témoins solides, disposés à venir déposer devant le tribunal, et c'est à ce* " *qui envoient leurs plaintes de s'assurer de la valeur de ceux-ci* (les témoins

Nous soulignons pour mieux faire ressortir la franchise de l'écrivain d *Clinique.*

L'agent l'affirme, le médecin, portant une plainte, devra s'assurer " *de témoins solides, disposés à venir déposer devant le tribunal* ! En d'autres termes, le médecin devra assumer le rôle de *détective*, courir les témoins à droite et à gauche, tirer les vers du nez de celui-ci et de celui-là (Dieu seul sait si Jean-Baptiste est rusé et défiant). Triste besogne, chers confrères ! Puis, il faudra écrire à M. le Régistrateur, lui donner les noms et prénoms de l'accusé ; noms et prénoms de fille si c'est une veuve ou femme mariée ; l'âge, l'adresse, noms et prénoms du patient traité, noms et prénoms de fille, si c'est une veuve ou femme mariée ; adresse du patient, date exacte ou approximative du traitement, montant exact ou approximatif du traitement ; enfin les noms des témoins, et des solides, entendez-bien !

Alors—et alors seulement—l'agent du Collège remettra le dossier tout préparé à un avocat et retirera son salaire..... gagné par les médecins.

Mais à quoi sert donc cet agent ? Si nos *détectives* étaient aussi exigeants à l'égard de ceux qui leur confient des causes, détectives et criminels mèneraient une vie bien douce.

Dans Ontario, où on a le sens pratique des affaires, l'agent du Collège des médecins reçoit $600 par année, plus le montant des amendes imposées et paye toutes les dépenses encourues. Dès qu'il reçoit une plainte, il se rend sur les lieux, fait une enquête pour son propre compte et procède s'il le juge à propos. En 1895, cet agent avait trois hommes à son service, et s'était fait nommer membre de la police fédérale avec juridiction dans tout le Dominion, pour filer les délinquants en dehors de sa Province.

Est-ce la même chose à Québec ?

Nous pourrions citer un exemple démontrant l'inefficacité et les lenteurs de notre système, mais il ne faut pas trop appuyer.

On nous répondrait par un paradoxe d'Amédée Latour : " Crier au charlatanisme, c'est presqu'en faire preuve ". Quelle consolation douce et pratique !

Passons au rapport des auditeurs, (Page 29.)

" *Les fonds du Collège sont mal administrés* " avait encore écrit l'*Union*.

" Votre rôle de dénigrement n'a pas sa raison d'être " lui avait-on rétorqué.

Constituons les deux auditeurs du Bureau juges du débat.

" En examinant les comptes de l'ex-trésorier défunt, disent-ils, nous trouvons " qu'il est dû au Collège une somme de trois cent vingt-deux dollars et cinquante-" six centins. Après avoir pris les renseignements voulus à ce propos, nous vous " en informerons à la prochaine assemblée du Bureau. "

Neuf mois plus tard—en juillet 1897—les renseignements promis brillaient encore par leur absence.

Où est allé cet argent ? Mystère !

A-t-il été remboursé ? Mystère numéro deux !

La compagnie de garantie, à laquelle le Collège paye une prime annuelle, t-elle été mise en demeure de s'exécuter ? Mystère, numéro trois !

Mais voyez le coup d'audace des deux auditeurs ; nous soulignons.

" Pour terminer, ajoutent MM. Smith et Girouard, *nous oserions suggérer*

" *que l'on mît plus de soins à la tenue des livres du Collège, et que les argents* " *perçus par le régistraire et les secrétaires soient remis au trésorier, chaque* " *mois.* "

L'*Union* avait-elle menti ?

Ah ! si Paul, Medicus, etc. *eussent osé* écrire une telle phrase, vous auriez entendu gronder, sur leurs pauvres têtes, les foudres du " Monsieur de la *Clinique.* "

Une perle pour finir ce chapitre :

" La garantie exigée du trésorier n'a pas encore été reçue. "

Après un an. Hein ! ce n'est pas dans le Bureau qu'a pris naissance le fameux axiôme : *Business is business.*

Voyons page 30, M. l'auditeur F. Girouard nous y réserve une jolie surprise.

Savez-vous quel est le montant des arrérages des contributions annuelles ? C'est à en donner le vertige.

$16,059.00.

Citons le rapport :

" Afin de ne pas vous laisser sous une fausse impression quant à ces " différents montants dûs, je les ai divisés en trois classes : *absents* et *prescrits*, " sur lesquels vous ne pouvez nullement compter et en *comptes courants* qui sont " les seuls collectables.

" Argents dûs par médecins absents de la Province..... $9368.00
" Comptes prescrits..... 3856.00
" Courants..... 2835.00
" Les montants dûs par les décédés n'ont pas été mis en ligne de compte. "

Supposons que les montants dûs par les décédés s'élèvent à $1600 ou $1700, nous arrivons aux résultats suivants :

" **Quinze mille dollars** " ont été perdus grâce à l'inaction, à l'impéritie, à l'incurie du Bureau.

$16,000 d'arrérages accumulés ! **$15,000** perdus !

Ces deux chiffres valent une *philippique* et une *catilinaire.*

Dira-t-on encore que tous les médecins sont égaux devant la loi et que les uns ne paient pas pour les autres ?

Osera-t-on affirmer de nouveau, devant ces monuments de la faiblesse coupable de nos administrateurs : " Vous faites une discussion empreinte d'envie et de jalousie, inspirée par la déception, remplie de personnalités, déloyale enfin ? "

Peut-on soutenir, en face de tels résultats, qu il faut conserver religieusement le système pourri, le système *des ficelles invisibles et magiques*, qui nous mène à la ruine par la double voie de la négligence et de l'extravagance ?

Finissons par une question de véracité à résoudre ; elle fera ressortir l'im tance, la nécessité de publier un compte rendu officiel des délibération Bureau.

Nous lisons dans le rapport de l'assemblée du 30 septembre 1896, p par la *Clinique* de novembre 1896.

" Le Dr Laurent, secondé par le Dr Rinfret, propose que le Collège vot

" somme de 200 dollars pour faire relier les thèses de la Faculté de Paris et en " prendre soin jusqu'à la prochaine assemblée triennale. Adopté sur division. "

Remarquez, le montant est précis : $200 ! La somme est modique, mais ne peut tromper l'œil et l'oreille.

Mettons en regard le texte de la même motion consignée dans le rapport officiel du Collège. Page 41.

" Proposé par le Dr Laurent, secondé par le Dr Lacombe et résolu : Que le " Président du Bureau soit autorisé à faire relier les livres de la Faculté de " Médecine de Paris, et à faire toutes dépenses qu'il jugera nécessaires pour la " location et la conservation de ces livres. "

Ne soyons pas méticuleux, passons, sans dire que l'obligation pour le Bureau de *faire relier, conserver et loger les livres de la Faculté de Médecine de Paris* lui ferait regretter de ne pas avoir collecté ses arrérages.

On saisit la différence entre les deux propositions ci-dessus. L'une comporte un crédit limité, fixe, l'autre un crédit illimité, pouvant atteindre mille dollars si le Président le juge nécessaire. Pourquoi la *Clinique* ou son correspondant ont-ils ainsi falsifié le texte d'une motion officielle, c'est ce qui nous intrigue !

Aurait-on eu, quelque part, l'intention de tromper le corps professionnel, de lui jeter de la poudre aux yeux, de lui cacher la véritable situation ! C'est possible, car après tout la bibliothèque est ouverte au public, malgré l'injonction formelle du Bureau.

En attendant des informations sur le sujet, au lieu de s'occuper " *des partisans* " *plus ou moins bien disposés envers certain corps professionnel et qui, sans s'en rendre* " *compte, peut-être, ne se limitent pas aux exigences d'une impartialité désirable,* " le Rédacteur de la *Clinique* ferait mieux de surveiller son *reporter* officiel ou officieux, afin que ses comptes rendus aient *l'avantage d'être moins personnels.*

On se plaint de nos articles, on en trouve le ton trop vif, paraît-il. Nous avons été provoqués, il suffit de relire la discussion du dernier mois pour s'en convaincre. Quand l'homme qui vous traite de menteur, calomniateur, etc., etc., a trahi la cause que vous défendez, à moins d'être naïfs, vous auriez tard de ne pas lui rappeler son passé. Tant pis pour lui s'il ne peut grignoter son fromage en paix.

Tel on fait son lit, on s'y couche !

DR PAUL.

5 Octobre 1897.

LE BUREAU DES GOUVERNEURS ET LES SOCIÉTÉS DE BIENFAISANCE.

La résolution du Bureau des Gouverneurs, adoptée au mois de septembre ›rnier, à Québec, condamnant la conduite des médecins attachés aux Sociétés › bienfaisance, a pris la profession par surprise. Personne ne s'attendait à la ıose ; personne en dehors des initiés ne savait que le Bureau était décidé à faire ıodifier la loi sur ce sujet. Ce n'est qu'en ouvrant les journaux, un bon soir, ue les médecins ont connu la décision de leurs représentants.

Cette manière autoritaire de faire les choses n'est guère appréciée à notre

époque. Pourquoi le Bureau n'a-t-il pas consulté la profession avant de prendre une décision aussi grave, et qui touche d'aussi près les intérêts privés d'un grand nombre de ses électeurs ? L'organisation de la charité publique et des sociétés de secours mutuel est un problème social qui a été discuté par des gens autrement renseignés sur ces questions que messieurs nos Gouverneurs, et personne jusqu'ici n'a cru pouvoir résoudre haut la main ce problème. Encore moins doit-on s'attendre à ce que la solution en soit donnée par les parties intéressées. Le moindre danger qui puisse survenir dans ce dernier cas, c'est que la décision ne soit provoquée par des intérêts personnels plus encore que par toute autre considération.

Personne osera prétendre que les sociétés de bienfaisance ne sont pas d'un grand secours aux malades pauvres, et ne répondent pas à un besoin de la société. Il serait difficile d'affirmer, d'autre part, que le médecin qui attache son nom à une société de bienfaisance, et donne ses soins aux membres moyennant une légère gratification, commet une faute contre l'étiquette professionnelle. Il commet tout au plus un acte de charité, et ne fait pas même tort à ses confrères, car les malades de la société, faute de médecin, iraient aux hôpitaux et aux dispensaires gratuits. C'est précisément l'association mutuelle qui permet à ces malades d'avoir des soins médicaux privés.

En voulant mettre en lutte la profession médicale contre les sociétés de bienfaisance, le Bureau des Gouverneurs se met immédiatement dans son tort, car il se sert d'un moyen trop radical pour faire prévaloir ses intérêts personnels, et paraît oublier que cette question importante ne peut pas se résumer à une simple question d'honoraires. Si, avant d'agir, il eut consulté la profession à ce sujet, il n'aurait certainement pas obtenu son approbation, car elle n'a aucun intérêt à faire la guerre aux sociétés de bienfaisance et à leurs clients. Certes, les médecins, comme les sociétés, ont leurs intérêts à protéger ; mais ceci doit se faire par entente mutuelle. Certaines questions se règlent à l'amiable, mais ne s'imposent pas.

Le Bureau des Gouverneurs aurait-il entraîné avec autant d'imprudence la profession dans une question de cette gravité, surtout à la veille des élections, s'il se fût senti responsable vis-à-vis de ses électeurs ? Nous ne le croyons pas. Ceci fait voir, une fois de plus, le danger que nous signalons depuis deux ans. Les médecins n'ont aucun contrôle sur leurs représentants, qui peuvent les entraîner au gré de leur fantaisie sur les terrains les plus désavantageux. La profession n'est jamais consultée ; elle ignore toujours la veille ce que ses gouverneurs feront demain. C'est pour nous une cause de grande faiblesse. Un corps professionnel a besoin de l'union la plus étroite pour protéger ses intérêts d'une manière efficace.

Le travail du Dr Wyatt Johnson sera publié dans le prochain numé
Nous avons aussi reçu de Paris, trop tard pour être publiée, une chronique
Congrès de Chirurgie.

BIBLIOGRAPHIE.

DUPLAY & RECLUS.—**Traité de Chirurgie.** Le troisième volume de la seconde édition de cet ouvrage vient d'être publié par la maison G. Masson.

Comme dans la première édition, ce tome III traite : des affections arti" culaires (M M. Nélaton, Lagrange, Quénu) ; des maladies du crâne (M. Gérard-Marchant) ; des maladies du rachis (M. Kirmisson) ; des maladies des oreilles et annexes (M. S. Duplay).

Comme on le voit, la division du sujet et les auteurs sont les mêmes que dans la première édition, mais tout a été remis entièrement à neuf, et les questions y sont traitées d'après les données les plus récentes. Ce volume de 940 pages, au lieu de 828 que contenait l'ancien, renferme réellement sur ces questions l'enseignement le plus nouveau. Dans certaines parties surtout il est étonnant de constater ce que la chirurgie a pu faire de progrès pendant ces cinq dernières années. Celles surtout qui traitent de la chirurgie du crâne et du rachis sont complètement métamorphosées, et présentent, sous un volume comparativement peu considérable, tout ce que la littérature chirurgicale a publié dans ces dernières années.

On voit de plus en plus, à la sortie de chaque nouveau volume, que non seulement les auteurs et les éditeurs veulent perfectionner autant que possible la première édition cependant si bien faite de ce magnifique ouvrage, mais qu'ils visent à publier, dans un style clair, précis et élégant, un véritable traité classique, complet et parfait, de la science chirurgicale du jour.—O. F. M.

GRANCHER, COMBY et MARFAN.—**Traité des Maladies de l'Enfance**, publié sous la direction de MM. J. GRANCHER, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, J. COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, A. B. MARFAN, agrégé, médecin des hôpitaux. 5 volumes, in-8 de 800 pages, Paris, MASSON et CIE, Editeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard St-Germain, 1897.

Nous devons à l'obligeance de la librairie Masson de donner aujourd'hui une courte bibliographie de l'excellent *Traité des maladies de l'enfance* que cette maison vient de publier. C'est un ouvrage dont l'importance scientifique est considérable, qui nous paraît résumer toutes les connaissances acquises jusqu'à ce jour sur la pédiatrie, et dont l'exécution typographique est soignée. Il offre en outre le grand mérite d'arriver à son heure, de répondre à un besoin et de donner à la médecine infantile, devenue si complète, la place qui lui convient à côté des grands traités modernes de médecine et de chirurgie.

Le *tome premier* est consacré tout entier aux maladies infectieuses à part les deux premiers chapitres, où Comby nous donne la *Physiologie et l'hygiène de l'enfance*, et Marfan, des *Considérations thérapeutiques sur les maladies de l'enfance.* La *scarlatine* (Moizard), la *rubéole* (Boulloche), la *rougeole*, la *variole*, la *varicelle*, les *oreillons*, la *coqueluche*, (Comby) sont tour à tour passés en revue ; Dauchez a sur la *vaccine* un excellent article ; Marfan étudie très au long la *fièvre typhoïde* ; omby donne une description excellente de la *fièvre éphémère* et de la *fièvre ganglionnaire.* Gillet nous parle de la *grippe.* Les chapitres suivants : *suette miliaire. choléra asiatique, malaria, fièvre jaune, rage,* n'ont pas pour nous grand térêt. Il n'en est pas de même du *tétanos* (Renault), de *l'érysipèle* (Rénon), s *infections septiques* un chapitre tout nouveau, (Rudolf Fischl), et du *rhumatisme articulaire* (Marfan).

Mais la partie la plus importante du volume, en raison des découvertes récentes, est sans contredit le chapitre sur la *diphtérie*, de Sevestre et Martin.

La question est traitée de main de maître, et avec un sens clinique profond que révèlent surtout les paragraphes consacrés au tubage et à la trachéotomie. P. Gastou a un très bon article sur la *syphilis* chez les enfants. Aviraguet étudie d'une manière complète la *tuberculose*, et le volume se termine par deux ou trois pages du même auteur sur la *scrofule*.

Le *tome deuxième* est consacré aux *maladies générales de la nutrition* et aux *maladies du tube digestif*. Signalons les articles de Comby sur *l'arthritisme* et la *croissance*, de Leroux sur le *diabète sucré*, de Demelin sur les *hémorrhagies des nouveau-nés*, de Thiercelin sur *l'athrepsie*. Audéoud étudie les *maladies du sang*, Comby *l'hémophilie*, Marfan le *purpura* et les *syndromes hémorrhagiques*, Comby le *rachitisme*. Barlow, de Londres, a été spécialement chargé de décrire le *scorbut infantile*, maladie à laquelle il a donné son nom. Le chapitre cinq (maladies du tube digestif) s'ouvre par des *considérations pratiques sur le développement physiologique du tube digestif chez l'enfant*, de Variot, et par un article sur la dentition (Millon). Broca, le chirurgien bien connu de l'hôpital Trousseau, a été chargé de la partie chirurgicale : *bec-de-lièvre*, *macroglossie*, *tumeurs du plancher de la bouche*, *polypes naso-pharyngiens*, *prolapsus du rectum*. Citons aussi les remarquables articles de Felizet et Branca sur les *polypes du rectum*, les *corps étrangers des voies digestives*, et les *fissures à l'anus*. Comby traite des *stomatites*, des *maladies de l'œsophage*, des *maladies de l'estomac et de l'intestin dans la seconde enfance*, Marfan de la *tuberculose de l'estomac*, *de l'intestin et des ganglions mésen tériques* et de la *constipation*, Sanné de la *dysenterie*. Le chapitre si important des *infections et intoxications digestives chez le nourrisson* (*gastro-entérites*) a été confié à Lesage, des hôpitaux de Paris. Bokay, de Budapest, décrit les *abcès rétro-pharyngiens* et *l'adénite rétro-pharyngienne*, Cuvillier *la pharyngite chro- nique* et les *végétations adénoïdes*. Filatow, de Moscou, a écrit le chapitre surles *vers intestinaux* Jalaguier, celui de *l'invagination intestinale*, et Forgue, de Montpellier, termine le volume avec les *malformations* et les *fistules ano-rectales*, et les *abcès* de la même région.

Le TOME TROISIÈME renferme les chapitres VI (abdomen et annexes), VII (appareil circulatoire), VIII (nez, larynx et annexes). Il ne le cède nullement en valeur aux deux premiers. Nous citerons simplement les titres des articles. *Hernies inguinale et ombilicale* (Broca), *maladies de l'ombilic* (Paguy), *péritonites aiguës* (Comby), *péritonite tuberculeuse* (Marfan), *appendicite* (Brun), *ictères* (Rénon), *congestion du foie*, *stéatose hépatique*, *dégénérescence amyloïde du foie*, *abcès du foie* (Oddo), *kystes hydatiques du foie* (Forgue), *cirrhoses du foie* (Hutinel et Auscher), *rate et ses maladies* (Gastou), *albuminuries et néphrites* (Renault), *péri-néphrite*, *phlegmon péri-néphrétique* (Comby), *pyélite et pyélonéphrite* (Comby), *lithiase urinaire* (Bokay), *tuberculose du rein* (Hallé), *maladie d'Addison* (Comby), *néoplasmes du rein* (Albarran), *tumeurs liquides du rein* (Comby), *rein mobile* (Comby) *hématurie*, *hémoglobinurie paroxystique* (Comby), *névroses urinaires* (Guinon), *maladies des organes génito-urinaires externes dans le sexe masculin* (Pousson), *vulvite*, *vulvo-vaginite et autres inflammations des organes génitaux externes des petites filles* (Epstein), *cystite*, *anomalies génitales chez les petites filles*, *onanisme* (Comby).—*Maladies congénitales du cœur* (Moussous), *maladies acquises de l'appareil circulatoire* (Weill).—*Malformations des fosses nasales*, *épistaxis* (Boulay), *rhinites aigues* (*Lermogez*) *rhinite chronique* (Boulay), *ozène*, *syphilis des fosses nasales* (Boulay), *laryngites aiguës* (Variot et Glover). *laryngites chronique*, *papillomes du larynx*, *corps étrangers des voies aérien* (Boulay), *spasme de la glotte* (Marfan), *pathologie du thymus* (Sanné), *myxœd.* (Combe).

Les trois volumes déjà parus coûtent à Paris 56 francs ($12 environ)
E. P. B.

TRAVAUX ORIGINAUX

"SÉROTHÉRAPIE, TUBAGE ET TRACHÉOTOMIE."

DEUX ANS D'EXPÉRIENCE PERSONNELLE.

Résultats obtenus en pratique privée dans 70 cas de diphtérie.

Par J. L ARCHAMBAULT, M. D., Cohoes, N. Y.

(*Suite*).

OBSERVATIONS.

Obs. I.—(Cas de trachéotomie).

Frances J., 2 ans 3 mois, patiente du Dr Bell.

Le 18 mai 1895, trachéotomie d'urgence, précédant le sérum, et même toute enquête ; le cas n'offrait pas une minute à perdre. Puis, nous apprenons qu'une semaine auparavant il y avait eu du malaise et de l'enrouement ; l'enfant s'était sentie mieux, avait sorti, avait rechuté. La dyspnée existait maintenant depuis 36 heures, hormis, il y a 12 heures, un soulagement passager dû à l'expulsion de 2 fortes couennes. Parties affectées : fosses nasales, pharynx, amygdales, épiglotte et moitié gauche du cercle glottique. Au moment d'opérer, lèvres cyonosées, ongles livides, tirage extrême, sujet en imminence d'asphyxie. La trachée ouverte, un lambeau membraneux d'au moins 2 centimètres de long est saisi à la pince et délogé. Encore sous l'effet de l'anesthétique, injection d'antitoxine Gibier, 1000 unités ; 17 heures plus tard, 2de injection, 800 unités ; encore 12 heures après, 3e injection, 700 unités. C'est-à-dire que dans l'espace d'un peu plus de 24 heures, l'enfant reçoit 2500 unités en 3 injections ; la 1ère administrée à peu près 5 jours et demi après les premiers symptômes et 36 heures après l'apparition de la sténose laryngée.

Comme il n'y avait pas de diphtérie à cette époque et que la ville en avait été exempte depuis assez longtemps, je fis faire, au Laboratoire Bactériologique du Collège Médical d'Albany l'examen d'une partie de la membrane sortie du larynx pendant l'opération, et la présence du bacille Klebs-Lœffler fut constatée par le Dr MacFarlane.

Malgré l'administration tardive du sérum, la conduite du cas fut si remarquable, la guérison si différente de l'ordinaire, que nous ne pûmes nous défendre l'un véritable enthousiasme, et un récit détaillé en fut publié dans *L'Union Médicale* (juillet 1895), et un peu plus tard un résumé très bref dans les *Medical Annals* (novembre 1895).

La canule, dans ce cas-ci, resta en place 3 jours 17 heures. C'était déjà le meilleur résultat que j'avais jamais obtenu et chez le plus jeune sujet. Mais

l'expérience m'a démontré depuis que ce temps aurait pu être abrégé de beaucoup—de tout un jour—ce qui aurait donné pour *record* à cette enfant 2 jours 17 heures. En effet, ce jour-là, la canule fut actuellement retirée et gardée hors de la plaie de 9 heures du matin à 6 heures du soir, et l'enfant articula et *parla haut*, et elle put tirer des sons de ce petit instrument à anches dont les enfants raffolent et que les Anglais appellent *mouth-harmonica*. Voilà un petit expédient de rien, qui ne vaut guère la peine qu'on en parle, et qui pourtant m'a rendu de tels services que je le regarde dans chaque cas comme l'épreuve critique. Un opéré à qui j'enlève son tube, peut-il tirer des sons de son *harmonica*, surtout le peut-il *à l'inspiration* comme *à l'expiration*, quand bien même il ne pourrait pas parler fort ni s'exprimer intelligiblement, cela règle la question ; la canule n'est jamais remise. Pas un malade subissant avec succès cette épreuve n'a encore failli à me donner raison.

En ce qui concerne le traitement, le sérum ne me fit pas déroger de ma pratique antérieure ; l'enfant fut mise à la quinine et au fer ; la plaie fut pansée avec un onguent d'acide salicylique et d'oxide de zinc ; une forte éponge imbibée d'une solution étendue d'acide carbolique fut maintenue en permanence sur la canule avec ordre de la renouveler fréquemment ; et une préparation de pepsine végétale en glycérolé faiblement acidifiée tenue pour le moins prête à servir, au moyen d'un pulvérisateur, à désobstruer la canule, s'il y avait lieu—il n'en fut jamais fait usage. La petite malade se hâta d'entrer en convalescence ; elle fit une guérison complète, parfaite, sans complication ni suites d'aucune sorte.

Nous avions deux autres enfants, plus âgés ; ils ne furent pas immunisés—et pour cause ! Tous deux prirent la diphtérie, cas légers tous deux, et guéris par les mesures ordinaires.

Obs. II.—Charlotte May P., 17 mois.

Le 19 Sept. 1895, cou enflé à gauche ; amygdales, surtout la gauche, pharynx et fosses nasales postérieures. Sérum-Gibier, 1000 unités, 36 heures après début. Le 20 Sept., malade plus éveillée, fièvre moindre, exsudats toutefois plus étendus. 2e injection de sérum, 300 unités, 24 heures après la 1ère. Le 21 Sept., couennes se désagrégeant, exfoliation rapide. Le 22 Sept., enfant bien. Pas de suite.

Obs. III.—Florence P., 5 ans, sœur de la précédente.

Le 19 Sept., apparemment bien, gorge saine, immunisée avec sérum-Gibier, 200 unités. Le 20 Sept, fièvre légère, avec exsudat de la grosseur d'un grain d'orge sur le bord supérieur de l'amygdale droite, sérum-Gibier, 1000 unités, 12 à 16 heures après le premier trouble constitutionnel. Le 21 Sept., température normale, pouls normal, exsudat disparu, malade bien.

Deux semaines plus tard, cette enfant est prise de fièvre avec diarrhée et elle fait trois septenaires de maladie, beaucoup à la façon d'une dothiénentérie, avec complication du côté des bronches, mais sans taches lenticulaires ni tympanisme. A l'examen, l'urine ne cesse pas d'être normale. Il y a du délire la nuit, mais aucune altération névropathique, ni aucun phénomène de parésie. La conclusion a semblé s'imposer que les deux maladies étaient distinctes, même s'il faut admettre notre incompétence à fixer la pathologie propre de la seconde.

Obs. IV.—(Cas de trachéotomie).

Ernest S., 5 ans 3 mois, patient du Dr Montmarquet.

Le 1er Nov. 1895, 11 hrs du matin, trachéotomie suivie sur le champ d'une injection d'antitoxine Gibier, 1200 unités ; 10 heures plus tard, 2e injection de 1300 unités du même sérum. La maladie date de 2 semaines, avec une période d'amélioration qui cesse à l'apparition, il y a 4 jours, des symptômes laryngés. Vu hier pour la première fois par mon confrère, l'enfant accuse déjà beaucoup de gêne respiratoire ; la sténose dure donc depuis au moins 24 heures ; elle est maintenant presque absolue. Les amygdales sont nettes, mais on aperçoit au fond du pharynx des débris de membranes, et une décharge ichoreuse s'échappe du nez. L'enfant est anémique, émacié, avec grande dépression des forces vitales.

Le 2 Nov , bonne nuit. La canule a exigé peu de soin. Condition satisfaisante, si ce n'est que le malade, qui a uriné sur la table pendant l'opération, n'a pas uriné depuis (22 heures). On ordonne cataplasmes de graine de lin et de feuilles de digitale, plus 10 gouttes de teinture de digitale à l'intérieur, à toutes les 4 heures. 10 heures du soir, il a uriné plusieurs fois, et la condition est si bonne qu'il n'est pas jugé à propos de répéter le sérum. Le 3 Nov., état surprenant. C'est à manger qu'il veut. Au cours du pansement, *on entend de l'air passer le long de la canule et bruire* dans les cordes vocales. Hier, en retirant la canule, mon confrère a dégagé un débris de membrane grand comme l'ongle. Le 4 Nov., 10 hrs., appareil enlevé pour une heure, l'enfant prononce quelques mots à voix haute. 10 hrs. du soir, appareil retiré, puis remis après une heure. Le 5 Nov., appareil *enlevé définitivement* 3 *jours* 22 *heures* après son insertion. Ç'a été une erreur de ne pas enlever la canule pour tout de bon dès hier matin, quand l'enfant *parla haut*, d'autant plus qu'il parvint dans cette séance à tirer quelques sons de *l'harmonica*, cela lui avait valu un *record* de 2 jours 22 heures. Aussitôt habillé, aussitôt hors du lit, marche, tourne, n'en peut faire assez pour exprimer sa joie. La convalescence n'offre rien de particulier, si ce n'est une trop forte fièvre qui dure deux jours et qui relève d'un érythème généralisé et véritablement féroce.

Obs. V.—Roméo S., 10 ans, frère du précédent et comme lui patient du Dr M.

Le 1er Nov. 1895, déjà malade deux jours quand Ernest est opéré, mais n'est traité au sérum que le lendemain, car pour ce sérum il nous faut télégraphier à l'Institut Pasteur de New-York. Reçoit donc 1800 unités d'antitoxine Gibier, 3 jours pleins après la 1ère intimation du mal. L'amygdale droite offre une grande plaque, de même que la paroi postérieure du pharynx, le nez coule, il y a des deux côtés empâtement parotidien considérable, la voix est embarrassée et le langage épais. Le 3 Nov., la large plaque *tonsillaire* se détache sur tout le rebord, se ratatine et se roule ; l'engorgement glandulaire est déjà moindre ; pas de fièvre. Le 4 Nov., il ne reste plus qu'un petit débris au centre de l'amygdale ; parotides presque revenues à leur grosseur ordinaire ; son de voix naturel ; enfant pratiquement bien.

Il convient maintenant de remarquer que la maladie n'avait pas débuté ici par ces deux cas, mais par un frère plus jeune, âgé de 3 ans, Hilaire, et que ce dernier leur passa fraternellement l'infection, à Ernest dans les 8 jours, à Roméo dans une autre huitaine. Vu la bénignité de son cas et son entrée en convalescence, et le fait que nous n'étions pas riche en sérum, et que d'ailleurs nous étions bien aise de l'avoir pour *témoin*, Hilaire ne fut traité que par les moyens ordinaires. Il s'est réchappé et il trotte partout, mais on s'aperçoit que les glandes cervicales ont été envahies, car, à cette date, après trois semaines, elles sont encore très larges, ce qui contraste d'une manière frappante avec Roméo dont les engorgements glandulaires si considérables sont tout disparus.

De fait, malade le premier, Hilaire sera après tout le dernier à guérir tout à fait.

Que ces deux cas aient été pour nous la source d'une satisfaction peu ordinaire et de nature à nous attacher à la nouvelle médication, dans un temps surtout où la sérothérapie, en dehors de nos propres essais, était encore à l'état... latent autour de nous, il est peu nécessaire de l'affirmer. Et la victoire nous paraissait d'autant plus précieuse que nous avions combattu au milieu des conditions les plus ingrates. La pauvreté et le manque absolu d'hygiène se donnaient la main : logis de cinq pièces, à bien dire de quatre (la meilleure trop froide pour en faire usage), peu éclairées, pas de soleil, mal ventilées, le reste à l'avenant ; deux jeunes ménages, soit quatre grandes personnes, cinq enfants, dont deux au sein ; l'un, bébé de 3 semaines, et l'autre de 3 mois et demi. Immunisés tous deux, le plus jeune recevant 200 unités, l'autre 400 ; doses assez raides, qui sans doute les préservèrent, car l'un et l'autre restèrent exposés à la contagion sans en souffrir.

Un compte-rendu beaucoup plus détaillé de ces deux cas a été publié dans *L'Union Médicale*, février 1896, avec fac simile du Tracé de la température et du pouls, etc., etc. En rédigeant ces notes, nous avons emprunté à cet article, en le résumant.

Obs. VI.—Caroline M., 2 ans.

Le 24 Mars 1896 ; malade 12 heures. Amygdales, glandes infiltrées. Nez coule. Antitoxine Gibier, 1000 unités. Le 25 Mars, pas de changement, ni mieux ni plus mal, peut-être moins fiévreuse. Le 26 Mars, débris de couennes sur les amygdales, glandes moins infiltrées, décharge nasale non améliorée. Le 27 Mars, très peu de changement, empâtement à droite moindre, à gauche comme avant, respiration nasale très laborieuse, pas d'excoriations. Le 28 Mars, amélioration marquée. Le 31 Mars, pas si bien, par suite de la fièvre *séreuse* ; éruption en pointillé fin entremêlé de quelques grandes bouffisures. Le 2 Avril, quelque difficulté à avaler, par condition parétique des muscles pharyngiens. Avec le temps, ceci disparaît entièrement. L'analyse des urines répétée plusieurs fois n'a jamais manqué d'être normale.

Cette enfant était bien délicate—souvent malade, et toujours maladive. Ses deux frères sont comme elle. Ils ont en commun reçu pour héritage, tant du père que de la mère, une santé chétive. Le premier-né de cette famille mourut du croup diphtéritique. Voyant leur fille atteinte, les parents ne s'attendirent plus qu'à la voir mourir ; ils en étaient à moitié fou de peur et de chagrin, De fait, au début, le cas ne donnait guère à espérer. Plus d'un n'hésiterait pas à affirmer que cette guérison fut l'œuvre du sérum.

Les deux frères furent immunisés : Donald, 5 ans 6 mois, 300 unités ; John Rossite, 3 ans 8 mois, 200 unités. Ce dernier, durant sa première enfance, fut sous mes soins, un an et plus, pour des attaques répétées de laryngite spasmodique. Il avait plus de deux ans quand il commença à marcher. Pendant longtemps il fut tout en tête ; vous vous attendiez à le voir passer à l'hydrocéphale. Ni l'un ni l'autre ne s'absentèrent du logis, ni même ne s'éloignèrent du salon où l'on avait monté le lit de la petite sœur ; de fait, ils montaient dessus à chaque instant pour jouer avec elle ; ils ne furent pas malades. John R., cependant, eut une urticaire désastreuse qui le couvrit par deux fois, la dernière de la tête aux pieds, lui bouchant les yeux, et cela aussi tard que le 12e jour.

Quoi qu'il en soit de cette heureuse guérison de Caroline M., son histoire diphtérique a un second et fâcheux chapitre. Au bout d'un an, elle revient comme sujet de l'Obs. LXI, et son frère John R. comme Obs. LXII. Lui, bien que croupé, parvient à guérir, mais elle succombe en dépit du sérum.

Obs. VII.—(Cas de tubage).

Alphonse F., 3 ans 4 mois, patient du Dr Bell.

Le 12 Avril 1896; toux légère depuis 2 semaines; décidément enroué depuis 4 jours; très croupé et jappant il y a 3 jours quand le Dr Bell est appelé; respiration sifflante depuis les dernières 24 heures. La nuit dernière, à minuit et demi, rejet en toussant d'un grand moule, long de 3 8/10 centimètres, et d'un calibre parfait de 7 millimètres de diamètre. C'est notre regret que ce splendide spécimen pathologique n'ait pas été conservé. Mon confrère crut l'enfant sauvé. Mais, par degré, la dyspnée revint et continua de progresser. 8 heures du soir, tirage excessif, pas de murmure vésiculaire. Les parents, la mère surtout, font une opposition invincible à l'intervention sanglante. Après de longs discours, ils consentent au tubage. Donc, à 8½ heures, aidé de messieurs les Drs Bell et Montmarquet, *tubage*, suivi immédiatement d'une injection de sérum Roux, 4000 unités. Vapeurs à la chaux. Pas de vivres, surtout pas de breuvages, excepté de lui mouiller les lèvres. Lavement alimentaire, eau et lait, parties égales, de 2 en 2 heures. Le Dr Bell verra le malade à toutes les heures de façon à organiser une surveillance *presque* constante.

Le 13 Avril, 9 heures du matin, nuit passable; le tube ne s'est pas obstrué. Respiration régulière et profonde, avec râles muqueux, sonores, quelquefois sibilants, et quelques crépitations. Le teint a une couleur bleuâtre. 3 heures, moins de râles, surtout du caractère crépitant. Respiration tubaire bonne et douce. Couleur rosée, très vive aux lèvres. Décidément amélioré—mais soif brûlante. L'enfant montre le robinet, implore, se débat avec fureur. Conseille bain à la cuvette d'une demi-heure, répété à toutes les 2 heures. 9 heures du soir, a joui du bain; soif apaisée; figure moins enluminée; dort bien; respiration bonne; P. 120. 2e *injection* de sérum Roux, 2000 unités, 24 heures après la 1ère.

Le 14 Avril, 10 heures du matin, P. 116. Bonne nuit, bon sommeil, bonne respiration tubaire, respiration profonde, 30 à 36 à la minute. Aime ses bains. 5 heures, il y aura bientôt 2 jours que le tube est en place. Il est retiré; mais en moins d'une demi-heure l'enfant devient cyanotique, et le tube est remis. Bientôt respiration douce, tranquille et profonde, et teinte rose de la peau revenue. 3e *injection* du sérum Roux. 2000 unités, 21 heures après la 2e.

Le 15 Avril, 10 heures du matin, nuit tranquille, respiration silencieuse, poumons partout libres, P. 104–112, condition vraiment bonne, mais l'enfant a perdu toute ambition, il est si faible, et il se refuse maintenant à continuer ses bains. Par bonheur, les lavements alimentaires sont toujours bien tolérés. *Voilà 61 heures que ni une goutte d'eau ni une particule de vivre n'ont passé les lèvres de ce malade.* On suggère un aliment demi solide, tel qu'un flan d'œufs et de lait. 9 heures du soir, a consenti à prendre très peu. P. 106.

Le 16 Avril, 10 heures du matin, bonne nuit, P. 106, Res. 30, poumons libres. Flan aux œufs et blanc mange. 3 heures, s'est amusé à marcher dans l'appartement.

Le 17 Avril, 10 heures, a dormi presque toute la nuit, a mangé un peu de *custard.* P. 116. R. 30. 9 heures du soir, irritable ce matin, il est ce soir bourru et inabordable.

Le 18 Avril, 10 heures, a dormi toute la nuit, a mangé du pain beurré et bu de l'eau et du lait, mais non sans de terribles accès de toux. Cela toutefois ne le rebute pas, tant il enrage. 9 heures du soir, la meilleure journée!—Pour la première fois, l'urine est albumineuse, entre 1 et 2 0/0; elle est neutre, avec

g. s. 1012, et contient des cellules rondes, quelques corpuscules sanguins dentelés et des masses de cristaux hérissés d'azote de soude. Pas de tubules.

Le 19 Avril, 10 heures. *Tube enlevé 6 jours 14 heures depuis sa première introduction.* 3 heures, va bien, 9 heures du soir, va mieux.

Le 20 Avril, 9 heures, urine rare, brouillée, laiteuse, demi-solide. Avale bien les solides, mais difficilement les liquides, qui le font étouffer. Insiste, comme d'urgence, sur l'administration fréquente et abondante du lait *per orem et per rectum.* 9 heures, en a pris, mais avec beaucoup de difficulté.

Le 21 Avril, 9 heures, n'a pas uriné depuis hier après-midi de bonne heure (19 à 20 heures). Cataplasme de digitale et de graine de lin autour de la taille, teinture de digitale et acétate de potasse à l'intérieur. Déglutition encore fort pénible, mais pouvant s'effectuer.

Le 22 Avril, 9 heures, difficulté de déglutition décidément moindre, a pris du lait en bonne quantité. L'urine s'est augmentée et éclaircie d'emblée, est acide et sans albumine.

Le 24 Avril, urine parfaitement limpide ; pas d'albumine. Déglutition en approchant normale.

Comme on le voit, du moment que cet enfant est tubé, il y a suspension de tout traitement. A l'encontre de tous les cas ici rapportés, moins un autre, ni mercure, ni quinine, ni fer, ni stimulants, ni rien, si ce n'est le sérum, mais celui-ci, bien entendu, à doses héroïques, 8000 unités en 45 heures ! Vous remarquez aussi le jeûne terrible auquel cet enfant a été soumis, 61 heures sans rien prendre ! Nous voulions le conduire par là au-delà de cette période d'évolution de la maladie, période inflammatoire pendant laquelle les parties affectées sont très sensibles et plus sujettes à se gonfler (soit œdème soit exsudats). Nous voulions aussi le faire échapper aux dangers d'empoisonnement septique par substances étrangères, dangers plus grands à la période d'état du mal, quand les lésions locales semblent ouvrir toutes les portes à l'infection. Et nous avions de bonnes raisons pour instituer ce régime draconien ; il nous répugnait tant d'intuber, nous avions eu dans le passé si mauvaise chance, celui-ci ferait et *s'en irait* comme les autres. J'aime donc à croire qu'il doit sa vie à ces extrêmes précautions. Mais, sans conteste, il faut aussi lui accorder d'avoir été un de ces petits Canadiens, robustes, endurcis, faits d'acier, que rien ne peut tuer—et... ne l'oublions pas ! par-dessus tout, peut-être, d'avoir été *un septième*, décoré pour ce fait authentique, par tout le voisinage, du nom de *Doc ! !* Or Doc., puisque 7e, avait des frères ; plus vieux que lui, il en restait 3, William 11 ans, Edouard, 9 ans, Charles, 7 ans, et un Benjamin du nom d'Alfred, 16 mois—des noms peu bibliques comme on voit ! Les parents étant antipathiques à tout ce qui, de près ou de loin, se rapprochait d'une opération, et l'administration du sérum y confinant, pas un ne fut immunisé, pas un ne fut malade. Il est vrai qu'étant dans la belle saison, on les tint dehors tout le temps et qu'on les satura ainsi de bonne hygiène.

Obs. VIII.—Mary Alice S., 4 ans.

Le 29 Avril 1896, malade 2 jours, couennes sur les 2 amygdales. Sérum Gibier, 1200 unités. Le 30 Avril, moins fiévreuse, couennes se déformant. 2e injection, 1200 unités, 24 heures après la première. Le 1er Mai, fièvre disparue ; quelques débris. Le 2 Mai, gorge nette, rose pâle. Bien.

Obs. IX.—Katie S., 6 ans, sœur de la précédente.

Le 29 Avril 1896, malade 1 jour. Couenne sur amygdale gauche. Sérum

Gibier, 1300 unités. Le 30 Avril, pas de fièvre ; gorge dans le même état. 2e injection, 1200 unités, 24 heures après la première. Le 1er Mai, gorge nette, saine. Enfant bien

Vues l'une et l'autre plus tard ; sont demeurées bien ; pas de suites.

Obs. X.—Clara-Belle R., 3 ans, patiente du Dr Montmarquet.

Le 29 Mai 1896, vue en consultation à 11 heures du soir. On s'attend à sa mort d'un moment à l'autre. Dyspnée alarmante, non par sténose, mais par réplétion du pharynx. En essayant d'y voir, l'enfant est presque étouffée et finalement parvient à rejeter une membrane résistante de 2 centimètres par 3½. Les parotides et les glandes cervicales sont prises et ne forment qu'une masse qui se perd dans l'infiltration du tissu cellulaire avoisinant. Les narines sont excoriées. On entend des râles par toute la poitrine. La maladie est au moins dans son 4e jour ; l'embarras respiratoire dure depuis 24 heures. 2000 unités de sérum Gibier sont injectées sur l'heure, tout en faisant la remarque que cela ne va rencontrer que la moitié de la demande. Ce serait un cas pour l'*infection double*, le streptocoque est sur la trace du bacille Lœffler, si déjà il ne l'a pas dépassé ; ces glandes et ces poumons le démontrent. Parviendrait-on à juguler l'infection primaire, on n'aurait encore fait que la moitié de l'ouvrage, et cette infection faillissant à tuer, l'infection secondaire est sûre d'y réussir. Cette facile prophétie ne manque pas de se réaliser. En 10 jours, bien qu'une 2de injection de sérum ait été pratiquée 16 heures après la première, bien que la diphtérie ait été dominée et que la gorge se soit nettoyée, bien que l'enfant ait donné dans les premiers jours des signes de récupération, elle finit par s'éteindre dans une toxémie irréparable ou comme le font les cas d'infection septique profonde.

Obs. XI.—Délia R., 11 ans, sa sœur, patiente du Dr Montmarquet.

Le 30 Mai 1896, reçoit 2000 unités de sérum Roux, 12 heures après le début. Simple amygdalite infectieuse (bacilles longs enchevêtrés). Malade 3 jours. Guérison parfaite.

Immunisés : Florence, 9 mois, 400 unités; Henri, 6 ans, 600 unités ; John, 9 ans, 600 unités. Restent bien.

Obs. XII.—Bessie A., 12 ans, nièce et patiente du Dr Archibold.

Le 21 Juin 1896, 11 heures du matin, malade 3 jours. Sérum Roux, 2000 unités. Condition : amygdales et piliers couverts ; fosses nasales, pharynx postérieur et larynx libres ; poumons sains, cœur bon, estomac bon. P. 130, T. 103, 9 heures du soir, P. 120, T. 102³.

Le 22 Juin, 11 heures, 2e injection de sérum Roux, 2000 unités, 24 heures après la 1ère. Progrès de la maladie apparemment en arrêt. P. 110–116, T. 100³. 9 heures du soir, P. 96, T. 100—Le 23 Juin, quelques légers fragments sur les amygdales, P. 80, T. 98². Convalescence ininterrompue.

Il y a quatre ans (juillet 1892), cette enfant passe, sous mes soins, par une attaque de diphtérie, en tout semblable à la présente, caractère, sévérité et étendue des lésions ; sa maladie eut à peu près la même durée, et elle reçut le même traitement, moins le sérum bien entendu : quinine, fer, chlorate de potasse à l'intérieur ; pulvérisations au bichlorure et à la pepsine végétale localement. On peut affirmer que, cette fois-ci, au moins, grâce au sérum, nous n'eûmes aucune inquiétude, et qu'en voyant avec quelle rapidité le pouls et la température descendaient, il n'y eut plus, dès le deuxième jour, de doute dans notre esprit sur le résultat final.

Avec l'observation suivante, commencent nos cas d'épidémie.

Obs. XIII.—David-B. D., 2 ans 8 mois.

Le 3 Sept. 1896, 10 heures, malade 22 heures; se plaignit d'abord d'avoir un caillou dans la gorge et parut lourd, accablé. Ce matin, sa mère aperçut des couennes; elles couvrent les amygdales la luette et les piliers postérieurs. Antitoxine Gibier, 1200 unités. Quinine, fer et chlorate de potasse.

Le 4 Sept., 10 heures, les membranes ont gagné le pharynx; elles sont noircies par le fer, sales et d'odeur putride Plusieurs glandes cervicales sont enflées, mais non en masse; pas d'infiltration diffuse. État général bon, bien que l'enfant refuse sa nourriture Antitoxine Gibier, 1100 unités, 24 heures après la première injection.

Le 5 Sept., membranes en désintégration, dispositions meilleures, P. 120.

Le 6 Sept., couenne grandeur du petit ongle sur amygdale droite; fragments ci et là; glandes réduites; amélioration marquée; a dormi toute la nuit.

Le 7 Sept., gorge nette. Toux et râles bronchiques. Muriate d'ammoniaque.

Le 9 Sept., toux en déclin Erythème autour du tronc.

Le 10 Sept., érythème généralisé. D'ailleurs, bien.

Immunisée (Sept. 3), Elizabeth, 2 mois 16 jours, antitoxine Gibier, 200 unités. Erythème au siège de la piqure le 10. D'ailleurs, reste indemne.

Obs. XIV.—Willie M., 6 ans 5 mois.

Le 3 Oct. 1896, malade et se plaignant de sa gorge hier soir; cependant dehors et à jouer ce matin; fièvre chaude sur le midi; vu à 5 heures, gorge rouge avec mucosités comme dans un état catharral, pas un exsudat, P. 120.

Le 4 Oct., 9 heures, couenne assez large sur amygdale gauche, qui est gonflée et sentie au dehors; voix embarrassée, P. 120. Antitoxine Roux, 2000 unités, 36 heures après la 1ère fièvre, mais moins de 16 heures après la localisation de la maladie. Quinine, fer, chlorate de potasse 9 heures du soir, P. 110.

Le 5 Oct., 9 heures, couennes se roulant en cornet sur les bords. P. 94. 9 heures du soir, gorge nettoyée, excepté l'amygdale gauche où l'exsudat n'est plus que moitié de ce qu'il était Malade enjoué et affamé; P. 96.

Le 6 Oct., 9 heures, couenne encore réduite de moitié et ratatinée. Gorge nette et saine d'apparence partout ailleurs. Décharge nasale, plutôt catharrale que sanieuse. P. 88.

Le 7 Oct. Erythème n'intéressant que le tronc et qui disparaît le lendemain.

Le 9 Oct., urine normale. Malade bien.

Obs. XV.—(Cas de trachéotomie).

Franklin William K., 2 ans 4 mois, patient du Dr Ross.

Le 8 Oct. 1896, 8 heures du matin, trachéotomie; 9 heures antitoxine Gibier, 1800 unités. Immunisés: Frances Emilia, 7 ans, 250 unités; Charles Pierce, 13 ans, 300 unités. Nous pouvons établir avec certitude que ce trachéé est dans le 12e jour de sa diphtérie et le 3e de son croup, car le 26 Sept. sa mère remarqua une grande rudesse dans son timbre de voix, qui cependant disparut, pour revenir le 5 Oct.; de ce moment, l'enfant est ouvertement croupeux, il jappe. Le 6 Oct., la respiration devient laborieuse; elle ne cesse plus de l'être depuis, au contraire ce caractère va en s'aggravant. Etat actuel: gorge nette partout, à l'exception d'un tout petit fragment au centre de l'amygdale droite; pas d'hypertrophie glandulaire; pas de décharge nasale, il y en a eu au début quand on remarqua le premier enrouement. Après l'insertion de la canule, plusieurs morceaux de membrane—un long de 1½ centimètre—apparaissant dans la canule à chaque effort de toux; on parvient à les saisir et à les déloger. Le forceps Collins est même introduit dans ce but à travers la canule jusqu'au-delà de l'appareil, et enfin la respiration devient libre et facile.—3 heures, état satisfaisant, l'enfant a pris un peu de lait et beaucoup d'eau, il a beaucoup dormi, et il a bonne couleur, il respire sans bruit. 9 heures du soir, la canule s'est obstruée une fois; on l'a débarrassée en se servant du pulvérisateur.

Le 9 Oct., 9 heures du matin; nuit passable, la canule a exigé beaucoup

de soin, une fois elle s'est bouchée et ce n'est qu'après beaucoup de difficulté qu'on en a délogé une membrane mesurant 3 centimètres. Au moment présent, la respiration est gênée, pénible et d'une grande rudesse. L'enfant a cependant bonne couleur, un peu blême ; il n'a ni vivacité ni enjouement. On enlève l'appareil, nettoie la plaie, fait usage du pulvérisateur. Quand la canule est remise en place, la respiration reste encore rugueuse. 2e injection de sérum (sérum Roux, cette fois), 2000 unités, 24 heures après la première. 3 heures, respiration depuis une heure très entravée, sténose marquée, lèvres cyanosées, oreilles couleur de cire. Appareil enlevé afin de saisir, s'il y a moyen, le lambeau que l'on entend battre. Enfin, une couenne large et longue (4 centimètres) est sortie de la partie inférieure de la trachée. On en espère un grand soulagement. Il n'en est rien. Les voies respiratoires sont donc en toute probabilité tamponnées plus bas par quelque revêtement épais et à moitié détaché. On a recours à la dilatation de la plaie trachéale au moyen du forceps Trousseau, on glisse les pinces exploratrices jusqu'à la bifurcation et au-delà, dilatant et cherchant à droite et à gauche alternativement. Puis l'appareil est remis, et l'on remarque que le patient, grandement épuisé, est à peine soulagé de sa dyspnée. Pour le ranimer, administration libérale de lait et d'eau-de-vie. Depuis l'opération, on avait tenu l'air de la chambre chargé de vapeurs à la chaux. On construit maintenant une tente afin d'y sublimer du calomel, puis remplace ces vapeurs séche par de nouvelles vapeurs humides et carbolisées. C'est en vain qu'on a espéré par ces divers moyens ramollir et détacher les exsudats et soulager la respiration. A partir de 9 heures, l'état du malade empire rapidement, et la sténose et le tirage deviennent graduellement aussi sévères que s'il n'y avait pas de tube. Il succombe à 3 heures du matin, 1 jour 19 heures après la trachéotomie, par propagation des membranes aux bronches.

Obs. XVI.—(Laryngé, non opéré).

Omer D., 22 mois. Vu à 9 heures du matin, le 19 octobre 1896, dans son 3e jour de maladie, et 24 heures après l'enlèvement du larynx. Croupé hier, il se tenait cependant debout et marchait. Les deux amygdales, surtout la droite, sont couvertes d'exsudats épais, ainsi que le pharynx ; le nez est rempli (il l'a été dès le début, au dire de la mère) ; chaque respiration est un râle rauque, qui se convertit en un jappement bruyant à chaque quinte de toux ; entre chaque accès, assoupissement pesant ; peau de teinte bleuâtre. Très bel enfant. Antitoxine Roux, 3600 unités. Fomentations chaudes sur la gorge. Vapeurs à la chaux. Doses fractionnées de calomel à toutes les heures. 5 heures. Etat stationnaire, sommeil à peu près continuel ; cependant pas encore de tirage marqué. 9 heures du soir, antitoxine Roux, 2000 unités.

Le 20 Oct., 9 heures, enfant livide, plus accablé, mais ayant encore sa connaissance. Dyspnée et tirage arrivés au point où il convient d'intervenir ; opération (soit trachéotomie, soit tubage) déclinée. L'enfant meurt à 7 heures du soir, 34 heures après le commencement du traitement, 58 heures après le début du croup.

Exposés et immunisés, 5 : Zéphirin, 4 ans 6 mois, 400 unités ; Armand, 7 ans, 400 unités ; Adélard, 9 ans, 400 unités ; Florina, 10 ans, 400 unités ; Clara, 14 ans, 500 unités. Tous échappent.

A ce point, nous eûmes un répit de dix jours, mais pour retomber, avec recrudescence, dans une véritable colonie ; toute une famille, moins le père. Eût-on éprouvé le désir d'illustrer la différence frappante qu'il y a entre l'administration précoce et l'administration tardive de sérum, et, pour ce faire, de grouper ensemble un certain nombre de cas placés dans des conditions identiques, on n'aurait pas pu être servi plus à souhait. Cas légers et sévères, simples ou compliqués, s'en allant vers la mort ou la guérison, et rencontrant en

tout votre attente ; tels nous les ont fournis cette mère et ses quatre enfants. Nous allons les décrire dans l'ordre qu'ils se sont présentés, qui est aussi l'ordre de leur importance.

Obs. XVII.—Clarence D., 4 ans.

Le 29 Oct. 1896, 11 heures, malade 3½ jours. Arrière partie de la voûte du palais sur une étendue de 2 centimètres, luette, amygdale, piliers, pharynx, tout cela ne forme qu'une masse putride ; la luette paraît de la grosseur du pouce. Le cou est plein des deux côtés par infiltration du tissu cellulaire aussi bien que des glandes. Difficulté extrême à respirer, non par sténose laryngée ; il n'y a pas de discussion, la glotte est libre. Antitoxine Gibier, 1200 unités. Quinine, fer. Pas d'applications locales ; pas même de pulvérisations, enfant trop irritable.

Le 30 Oct., 11 heures, gorge dans le même état, plus sale. Alimentation accomplie avec la plus grande difficulté ; respiration fort embarrassée ; malade très agité. Antitoxine Roux, 1200 unités, 24 heures après la 1ère injection.

Le 31 Oct., 11 heures, surprise ! Malade éveillé, assis et fort occupé à manger un morceau de pain beurré. Couennes toutes disparues, laissant un fond grisâtre entremêlé d'espaces dénudés et rouges : luette réduite à ses proportions ordinaires.

Le 1er Nov., 11 heures, on a toutes les misères à le tenir au lit.

Le 10 Nov., anasarque générale, plus marquée à la figure. L'urine, qui est rare, contient à peu près 1 p. c. d'albumine et une quantité de tubules épithéliaux et granulaires (néphrite desquamative).

Le 11 Nov., quelques symptômes cérébraux, sortes d'attaques légères mi-choréiques, mi-éclamptiques, plus marquées du côté droit, probablement urémiques, malgré que l'urine ait augmenté en quantité.

Le 12 Nov., urine encore plus abondante, pourcentage d'albumine le même, tubules nombreux. Malade paraît mieux, moins irritable, prend plus de lait qu'en aucun temps depuis sa rechute.

Le 13 Nov. Pas de différence notable dans l'état du malade jusqu'à tard dans la soirée. Le changement s'annonce par une convulsion bien marquée, après laquelle le côté droit lui reste sans mouvement durant plusieurs heures.

Le 14 Nov. La nuit qui s'en est suivie a été très agitée ; l'enfant est plus irritable que jamais, il paraît endolori par tout le corps, crie de crainte d'être remué, crie parce qu'on le regarde ou lui parle ; son côté droit est sans le moindre doute plus faible et plus lent à se mouvoir.

Le 15 Nov., l'enfant a une autre convulsion, très sévère, et il est resté avec une hémiplégie droite complète.

Le 18 Nov., l'enfant meurt de paralysie cardiaque. Durant les dernières 24 heures, il a toussé beaucoup et les bronches se sont remplies par degré.

Obs. XVIII.—(Cas laryngé).

Jean-Baptiste D, 10½ mois.

Le 29 Oct., nous en étions à examiner Clarence ; de la chambre voisine nous arrive un rauque aboiement, c'était ce bébé. La toux jappante était preuve assez claire que les cordes vocales étaient prises. Pas de sténose toutefois. Sur chaque amygdale, une petite mais très visible couenne. On a l'idée que le cas dure depuis 24 heures, et l'impression qu'il ne promet guère. Antitoxine Gibier, 1000 unités. A l'intérieur, faible solution de salpêtre et de sel volatil.

Le 30 Oct., les petites couennes sont encore là ; la voix a le même timbre, âpre et jappant, ni mieux ni plus mal, ce qui est déjà un gain. Antitoxine Roux, 1000 unités, 24 heures après la première injection.

Le 31 Oct., couennes disparues ; voix toujours jappante, toux rauque.

Le 1er Nov., la toux a perdu de sa rudesse, et elle est devenue plus grasse. Dans les jours qui suivent, ce changement s'accuse davantage, et bientôt l'enfant est bien.

Le 24 Nov., depuis 3 jours, l'enfant a à peine dormi une heure. Il tousse un peu. Il est chagrin, nerveux. Il refuse de prendre. Il a le palais au vif par tache, et ses gencives ont comme une apparence scorbutique. L'urine est rare et très haute en couleur. On parvient à s'en procurer, non sans stratagème, mais elle n'offre rien d'anormal ; pas d'albumine. Quand il s'agit de faire la pathologie de cet état, on se sent indécis.

Le 27 Nov. Après tout, peut-être n'y a-t-il rien autre chose qu'une stomatite insignifiante ; l'enfant prend du mieux.

Le 29 Nov., autre preuve de retour à la santé. Avant sa diphtérie, cet enfant avait la figure, surtout les joues et le sillon des oreilles, couverte d'eczéma. Ce rifle était disparu, il revient... et furieux.

Obs. XIX, Madame D., (la mère), 36 ans.

Le 29 Octobre, ne se croit pas malade ; seulement sa gorge lui semble âcre ; c'est du froid, dit-elle. Sur l'amygdale gauche, couenne plus grande que l'ongle de l'index. P. 100. Antitoxine Roux, 2000 unités.

Le 30 Octobre, la couenne a grandi, deux fois aussi grande, et descend maintenant jusqu'au bord inférieur de l'amygdale, mais elle donne en même temps des signes de désintégration, couleur, consistance, etc. Du reste, patiente se sent mieux ; P. 80.

Le 31 Oct., couenne partie. Etat général laisse à désirer.

Le 1er Nov., serait tout à fait bien, sans la fatigue excessive qui lui revient de ses enfants.

Le 11 Nov., douleurs articulaires sévères, surtout survenant le soir. Ces douleurs durent 3 jours et cèdent à de fortes doses de quinine.

Obs. XX.—Albert D., 12 ans.

Le 29 Oct., immunisé avec sérum Gibier, 200 unités. Selon toute apparence en santé parfaite ; gorge nette.

Le 30 Oct., a eu une grosse fièvre toute la nuit ; maintenant, figure enluminée ; petite couenne sur l'amygdale droite ; glande enflée. Reçoit sérum Roux, 1600 unités, 24 heures après la dose immunisante, et beaucoup moins de 24 heures après les symptômes locaux.

Le 31 Oct., membrane disparue. Malade bien.

Rien à noter dans la suite.

Obs. XXI.—Marie D., 15 ans.

Le 29 Oct., immunisée avec 300 unités, sérum Gibier. Alors très bien.

Le 30 Oct., toujours très bien.

Le 31 Oct., apparemment bien ; pouls et température, état normal, mais... sur l'amygdale droite, exsudat circonscrit, très visible. Vu l'absence de symptômes constitutionnels, on juge à propos de ne prescrire que le traitement à la quinine et au fer, sans répéter le sérum, dans l'attente que la dose reçue se montrera curative aussi bien que prophylactique.

Le 1er Nov., en effet, l'exsudat n'y est plus, et la malade est bien.

Le 11 Nov. Tout faible qu'ait été la dose de sérum employée (300 unités), notre malade se plaint—comme sa mère—de lassitude, de courbature générale et de douleurs articulaires. Chez l'une et l'autre ces manifestations rhumatoïdes semblent remplacer les éruptions cutanées habituelles, chez l'une et l'autre on prescrit la quinine, qui en a raison.

Si nous faisons une courte revue de ces cinq cas, quatre furent traités dans les premières 24 heures, et guérirent, même le bébé de moins de onze mois, tout croupé et mauvais cas qu'il fût. Quant à l'autre, traité malheureusement dans la quatrième journée de sa maladie, le sérum parvient à le retirer de sa diphtérie, mais il succombe plus tard aux post-altérations de cette maladie (métamorphose graisseuse des rognons et des centres nerveux).

Au cours de l'épidémie, nous n'avons connu qu'un autre cas de cette espèce, dans la pratique de monsieur le Dr Montmarquet : Sarah Ann D., âgée de 3 ans, et 5 mois. Je vis cette enfant en consultation, le 2 décembre. Elle était alors en néphrite aiguë. 18 jours auparavant, elle avait été traitée au sérum Roux, 2000 unités, dans le 3e jour de l'invasion de la maladie. Je la revis une seconde fois, 20 jours plus tard, le 22 décembre ; elle s'en allait de paralysie centrale. Il y avait 4 jours que cela avait débuté par de l'irritabilité ; le jour suivant, on s'aperçut qu'elle traînait les jambes en marchant, qu'elle marchait comme qui dirait tout d'un côté, avec la tête inclinée sur l'épaule, qu'elle avait une toux légère, que sa voix était nasillarde, qu'il y avait de la dysphagie ; le jour suivant, la toux avait augmenté, et il y eut commencement de strabisme ; ceci était transitoire, ce strabisme disparaissait et reparaissait ; il est, maintenant, trés marqué, surtout de l'œil droit qui est tiré tout en dedans vers le caroncule, et les poumons sont à se remplir rapidement par œdème. Le cas semble nous offrir un tableau bien arrêté d'une dégénérescence étendue de la substance cérébrale, intéressant au premier chef le bulbe, le centre cardio-inhibitoire, l'origine du nerf vague, etc., etc.

Obs. XXII.—Clarke G., 5 ans

Le 1er Nov. 1896. Vu il y a une semaine pour ce qui nous parut être une amygdalite simple folliculaire ; ne fut pas, pour cette raison, traité au sérum ; les petits exsudats ronds ne devinrent jamais convalescents ; aujourd'hui, il y en avait quelques-uns ; le lendemain, ceux-là étaient disparus, il y en avait d'autres. L'enfant se rétablit ; hier, il était parfaitement bien et sur la rue. Aujourd'hui, sur le midi, il est pris d'une grosse fièvre. Vu à 4 heures. Couennes plus étendues, plus grisâtres, et paraissant plus intimement liées aux tissus sous-jacents. Antitoxine Gibier, 1200 unités, évidemment moins de 24 heures du début.

Le 2 Nov., peu de fièvre, condition générale améliorée, deux couennes seulement.

Le 3 Nov., une très petite couenne à gauche. D'ailleurs, bien, affamé et enjoué.

Le 4 Nov., bien !

Le 10 Nov., érythème général, très sévère et souffrant.

Immunisées : Isabelle, 3 ans, Gibier, 200 unités : Helen, 7 ans, 300 unités. Toutes deux devinrent bien, sauf un léger érythème. Cinq mois plus tard, cependant, Helen nous fournit l'Obs. LXVII.

Obs. XXIII.—Jennie D., 11 ans.

Le 17 Nov. 1896, malade 48 heures. Membranes sur les 2 amygdales. Narines légèrement excoriées. Antitoxine Gibier, 2000 unités. Chlorate de potasse, quinine et Tr. de fer. Chlorures (Platt) dilués sur, et pour, la bouche.

Le 18 Nov., membranes *in statu quo*. T. normale ; P. normal ; malade se dit bien.

Le 19 Nov., gorge nette, absolument. Le 20 Nov., malade guérie.

Immunisée : Rose, 15 ans, 400 unités ; sert de garde-malade, ne contracte rien.

Obs. XXIV.—Kate C., 15 ans, patiente du Dr Mitchell.

Le 19 et le 21 Nov., vue en consultation. Etait déjà malade 5 jours quand on fit appeler mon confrère, à qui elle s'offrit alors avec une enflure relativement énorme du côté droit du cou, qui était raide et douloureux à ne pouvoir le toucher. Sur le champ, administration de 2000 unités, sérum Roux ; cette dose répétée au bout de 24 heures.

Quand nous la vîmes, ce cas nous créa une impression d'une infection double. L'enflure consistait en un empâtement uniforme recouvrant l'angle de la mâchoire et descendant dans le cou à plus de sa moitié. C'était une masse solide, les exsudats s'étant infiltrés dans tous les tissus et s'y étant comme organisés. On devait s'attendre à ce que cette masse passa à la suppuration. Le retentissement constitutionnel était si grand ; l'action du cœur était faible et rapide ; il y avait diarrhée, les urines donnaient de l'albumine, mais en faible quantité. La malade fit une guérison magnifique, y mettant à peu près quatre semaines. Comme de juste, au cours du traitement, il fut fait un usage très libéral des stimulants, alcooliques et diffusibles, de la quinine, du fer, et même de l'iode ; ces mesures ne manquèrent pas d'apporter au sérum un appui très efficace, mais on se demande encore si, sans le sérum, cette enfant eut vécu.

Obs. XXV.—(Cas de trachéotomie).

Irène C., 2 ans 8 mois, patiente du Dr Bell.

Le 19 Nov. 1896. Il y a 2 semaines, toux croupée, qui disparut bientôt. L'enfant a l'habitude, nous dit-on, de tousser en croup quand elle prend du froid ; cela lui serait arrivé plusieurs fois. 5 jours plus tard, retour du croup. C'était le soir surtout qu'elle jappait et paraissait pire. En aucun temps a-t-on pu découvrir des couennes dans la gorge. A l'heure même, elle est nette ; pas un point. Les narines aussi sont nettes. La sténose est très marquée ; a commencé hier soir. Le sternum et les espaces intercostaux s'enfoncent. Cyanose pas excessive. Sensorium libre. 11 heures, trachéotomie, suivie par 2000 unittés, sérum Roux. Ce n'est pas une exagération que de placer cette injection 9 jours après les premiers symptômes et 16 heures après le début de la sténose. 5 heures, respiration très facile et douce ; a reposé presque tout le temps ; pas de température. 2de injection de sérum Roux, 1000 unités.

Le 20 Nov., 10 heures, P. 126, bonne nuit ; a toussé beaucoup, rejetant par la canule de grandes quantités de flegme ; respire maintenant avec beaucoup d'aise ; ne prend guère de nourriture.

Le 21 Nov., 10 heures, P. 110, nuit excellente ; mine éveillée ; sécrétions si profuses qu'il y a nécessité de retirer et de nettoyer la canule après chaque accès de toux.

Le 22 Nov., 10 heures, P. 112, assise, souriante et enjouée. Appareil enlevé pour ½ heure. 2 heures de relevée, appareil enlevé une seconde fois, jusquà 11 heures de nuit. A la réintroduction, l'enfant fait de *hauts cris*.

Le 23 Nov., 10 heures, assise, heureuse. *Canule enlevée* définitivement 4 *jours après son insertion*. Dans l'après midi l'enfant parle à haute voix.

Le 24 Nov., assise, de fort bonne humeur, un peu pâle.

Le 25 Nov., 5 heures du soir, fiévreuse (!), elle qui ne l'a été ni avant ni depuis son opération. Cette fièvre vient du poumon ; il y a beaucoup de râles. On ramène au premier plan la quinine et le fer qui avaient été à peu près discontinués, et l'on ajoute le muriate d'ammoniaque, solution faible et fréquemment répétée.

Le 26 Nov., 10 heures, assise de nouveau, aimable et enjouée. La fièvre est tombée, P. 100, peau moite et fraîche, râles très libres, toux détachée. Urine examinée plusieurs fois par mon confrère ; toujours normale.

Le 17 Déc. Cicatrice bien formée. Encore un peu de pâleur ; la convalescence n'a pas subi d'autre interruption.

Il s'en faudrait que la relation de ce cas fût complète si l'on ne se hâtait d'ajouter que, au moment où nous fûmes appelé dans cette maison, il y avait, au berceau, un bébé de 14 mois, Clarence, qui se mourait de broncho-pneumonie. Pendant que nous opérions sur Irène, il eut plusieurs convulsions. Il mourut une heure après notre départ. Ce fut une impression que nous avons gardée que ce cas, lui aussi, était de nature septique. La famille habitait à l'étage

supérieur d'une maison double, à trois étages. Au logis correspondant, il y avait eu de la diphtérie, plusieurs cas. Quarantaine problématique Pas d'immunisation Comme il restait encore—après le bébé mort et l'enfant opérée—quatre autres exposés : Rosie, 6 ans ; Grace, 7 ans ; Frank, 12 ans ; John, 13 ans ; ils furent cette fois immunisés, et le sérum les protégea. Il n'en fut pas ainsi de la mére. Non traitée au sérum, je la trouvai, 3 semaines plus tard, le 17 Déc., au lit et se plaignant d'un *mal de gorge* qui l'avait rendue affreusement malade et l'avait fort altérée. Dix jours après cela, le 27 Déc., j'étais encore appelé, mais au second étage, directement en-dessous, pour l'enfant de Madame L., qui, elle-même, recouvrait d'une attaque excessivement sévère de ce qu'elle appelait ses " maux de gorge ordinaires." Seulement son fils—un cas à rapporter plus loin, Obs. XXXV—avait une diphtérie laryngée. Comme les gens de l'Obs. VI, elle fut prise d'une peur mortelle, car, elle aussi, elle avait, il y a des années (1883), perdu une enfant du croup, malgré le tubage. C'est l'un des cas auxquels il est fait allusion, l'un des trois cas d'intubation que ce procédé opératoire ne parvint pas à réchapper, même en des mains d'une habileté consommée.

Pour revenir à Irène C., la vérité m'oblige à dire que son histoire ne finit pas ici. Nous la ramènerrons plus loin, Obs. LVII, comme cas laryngé, traité cette fois par le sérum plus à temps et avec meilleur résultat.

Obs. XXVI.—Loretta D., 12 ans.

Le 22 Nov. 1896, 9 heures, malade depuis hier soir—15 heures. A vomi toute la nuit, fièvre violente, tête lui fend. Sujette à de soi-disant attaques de bile et de mal de gorge. Pharynx, piliers postérieurs et moitié postérieure des amygdales ne forment qu'une plaque grisâtre uniforme. Sérum Roux, 2000 unités. Quinine, fer, chlorate de potasse et chlorures Platts.

Le 23 Nov., fièvre abattue, P. 80, exsudats plus épais, plus coriaces ; pas de terrain nouveau envahi ; au contraire, délimitation mieux définie, comme si les couennes se séparaient sur les bords. Sérum Gibier, 1200 unités, 24 heures après la première dose.

Le 24 Nov., 9 heures, a dormi toute la nuit ; P. 78 ; exsudats à peu près disparus, hormis quelques fragments sur amygdale droite.

Le 25 Nov., 9 heures, gorge absolument nette et saine.

Le 26 Nov., 9 heures, bien. P. 80. Urine normale.

Le 28 Nov., urine, trace légère d'albumine, pas de dépouilles urinifères.

Le 29 Nov., érythème autour du tronc. A part cela, bien. Pas d'augmentation de l'albumine dans l'urine ; toutefois diète lactée absolue.

Le 1er Déc., érythème ortié et entremêlé d'immenses bouffissures, couvrant tout le corps, membres, figure, oreilles, front, cuir chevelu, avec démangeaison intense, insensée. Urine acide, gr. s. 1025, toujours faible, trace d'albumine, quelques moules.

Le 3 Déc., érythème et urticaire en régression. Trace d'albumine moindre.

Le 12 Déc. Ni albumine ni tubule.

Obs. XXVII.—(Cas de trachéotomie).

Mamie P., 4 ans 3 mois, patiente du Dr Archibold.

Le 30 Nov. 1896, vue par le docteur à 9 heures du soir ; déjà malade depuis deux jours. Sur le champ, sérum Roux, 3000 unités, et calomel 6 mgr. à toutes les ½ heures. Eau-de-vie, une cuillerée à thé à toutes les 2 heures dans du lait. Bien que debout et circulant, l'enfant donne, sur les deux amygdales, des exsudats en nappe et qui atteignent le côté droit de la luette ; la voix est croupée et il y a un peu de tirage. Pas de cyanose. P. 130.

Le 1er Déc., 9 heures, pas de changement. Sérum Roux, 1000 unités. 12 heures après la 1ère dose. Traitement continué. 4 heures, rétraction sternale et thoracique, cyanose marquée, transpiration profuse, lourdeur, P. 130. 6 heures, *trachéotomie*. La cyanose et le tirage étaient au maximum. Pas de murmure respiratoire. Etat de stupeur, voisin du coma. Gencives, dents et lèvres fuligineuses. 9 heures, respiration bien établie, 22. Couleur bonne. P. 108. Traitement changé du mercure à la quinine et au fer. Minuit, même état satisfaisant. Dans le cours de la soirée, de même qu'après l'opération, expulsion à travers la canule de décharges sanieuses en grande quantité et mêlées de débris de membranes.

Le 2 Déc., 9 heures, P. 120, R. 22, poumons libres, hormis quelques gros râles tubulaires. Etat très encourageant. 1 heure, action des intestins et micturition pour la première fois depuis l'opération. 6 heures, P. 132, R. 32, figure vultueuse, sordès en voie de disparaître, écoulement nasal. Prend très bien vivres et remède. Durant le pansement, un morceau de couenne, 1 par 2 centimètres, est rejeté avec force. 11 heures du soir, P. 112, R. 22. Sommeil profond et long.

Le 3 Déc., 5 heures, dégagement d'un autre débris de même dimension. 9 heures, P. 120, vive coloration de la figure disparue, maintien naturel, bonne humeur, expression de contentement et disposition à sourire. Sécrétions très fluides et rejetées avec la plus grande facilité, si bien qu'il n'a pas été, une seule fois, fait usage de pulvérisations. 11 heures du soir, P. 116, R. 28, journée excellente d'un bout à l'autre.

Le 4 Déc., 9 heures, P. 116, R. 28, très bonne nuit, enjouée, souriante. Selle et urine ; cette dernière sans albumine. Sécrétions très fluides, très profuses, et quelquefois, ce matin, sanguinolentes. Respiration très libre dans les deux poumons. On a entendu de l'air passer le long de la canule, et il y a eu *par la bouche expectoration de mucus*. 6 heures, P. 130, R. 40. 10 heures du soir, P. 120, R. 28, langue nette et humide. Expectoration excessive. Quelques crépitus fins à la base du poumon droit.

Le 5 Déc., 9 heures, P. 120, R. 36, sous-crépitations plutôt que crépitus fins dans les deux poumons, très libres ; oxygénation parfaite ; lèvres d'un rose brillant. 1 heure, *appareil enlevé après* 3 *jours* 18 *heures*. 6 heures, a joué de l'*harmonica*, *ins.* et *ex.*

Le 6 Déc., joue de la musique en grand, a parlé haut, est guérie.

On pourrait difficilement taire la satisfaction que nous éprouvâmes, le Dr Archibold et moi. Les observations IV et V—Ernest et Roméo P.—nous avaient bien créé l'impression qu'on ne pouvait jamais être placé dans des conditions plus désavantageuses : habitation malsaine, trop exiguë pour le nombre de gens qui s'y logeaient, mauvaise hygiène, pauvreté, intempérance... Mais si on tente une comparaison, vraiment, c'est un palais qu'ils habitaient, et ils étaient des modèles de propreté. Ici, le père, la mère et quatre enfants étaient empilés comme des sardines dans la seule pièce habitable (à raison du froid), la cuisine. Dans un coin, un berceau, un bébé de six semaines ; sur la table à manger, la trachéotomisée, et là elle demeura jusqu'à ce qu'elle fut recouvrée. Et que sale, sordide, déguenillé ! Ce n'était plus pauvreté, c'était la misère noire. Parlez d'aseptie, d'antiseptie ? Pas un chiffon de linge net pour s'essuyer les mains. Et, pour exécuter les ordonnances, deux êtres à la hauteur (!) de leur situation. Avec toute son énergique bonne volonté, mon confrère ne pouvait pas y passer tout son temps, et c'est nuit après nuit qu'on vit l'officier spécial, chargé de la surveillance de ce logis, laisser là sa consigne et entrer donner un coup de main. Un gardien de nuit transformé en infirmière brevetée, retirant et remettant la

canule, nettoyant les éponges, etc., cela ne se voit pas tous les jours! Comme de raison, cette enfant eut une convalescence splendide, ni complications, ni phénomènes tardifs, ni rien ; comme elle avait exigé relativement moins de soins qu'aucun, elle se réchappa comme par enchantement. Il en fut ainsi de tout le lot ; la peste était sur eux, ils y restèrent exposés tout le temps, et tous l'évitèrent, grâce sans doute au sérum, qui ne leur fut pas ménagé : Catherine, 6 semaines, 200 unités ; Anasthasie, 2 ans, 600 unités ; Robert, 5 ans 2 mois, 1000 unités.

Obs. XXVIII.—Sarah Ann D., 3 ans 5 mois.

Patiente du Dr Montmarquet, dont il a été question à l'Obs. XVII, Clarence et famille D.

Obs. XXIX.—Mary D., sœur de Sarah Ann.

Le 2 Déc. 1896, vue avec le Dr Montmarquet. Immunisée le 16 Nov. avec 800 unités, sérum Roux. Huit jours plus tard, le 24 Nov., donne des signes évidents de diphtérie et reçoit une nouvelle et pleine dose de sérum Roux, à tout le moins dans les 12 heures du début. Guérie en 3 jours.

Obs. XXX.—William K., 7 ans 8 mois.

Le 10 Déc. 1896, 5 heures de relevée. Indisposé depuis deux jours ; douleur à la tête, à la nuque et à la poitrine. Fiévreux hier après-midi ; mains et pieds gelés. Mal de gorge ce matin. Présentement, pas encore de dépôts, mais une apparence perlée des amygdales, de la droite surtout, des piliers et de fond de gosier. Glandes cervicales prises, mais sans infiltration du tissu cellulaire environnant. Irritation superficielle des narines, la droite coule. T. 103.4. P. 130. Sérum Roux, 2000 unités, 48 heures après les premiers prodrômes, 8 à 9 heures après les premiers symptômes du côté de la gorge.

Le 11 Déc., 9 heures. Nuit agitée, s'est beaucoup plaint de la piqure. Dépôts maintenaut très visibles, mais limités aux amygdales. T. 99.3. P. 90. 6 heures du soir, dépôt, disparu du côté gauche, rapetissé à droite et se relevant sur le bord.

Le 12 Déc., 9 heures. Gorge nette, absolument. T 98.2. P. 80.

Le 13 Déc., 9 heures. Gorge rose, saine. T. 98. P. 80. Urine examinée fréquemment durant et après la maladie—toujours normale.

Immunisés : Raymond, 2 ans, sérum Gibier, 400 unités ; Anna, 12 ans, 600 unités ; John, 15 ans, 700 unités ; Mary, 17 ans, 800 unités.

Le 17 Décembre, Mary passe par une attaque d'amygdalite ; rougeur uniforme, sans exsudats. Le 18 très bien, moins couverte d'érythème.

Non immunisée (n'aime pas l'être), Catharine, 21 ans.

Le 13 Déc., 7 heures du soir, Catharine, qui se sent bien sous tous les rapports, qui n'accuse ni élévation de température, ni accélération du pouls, présente sur chaque amygdale quelques taches suspectes.

Le 14 Déc., 9 heures du matin, on dirait d'un mal de gorge folliculaire, auquel elle se dit sujette ; les taches sont plus apparentes, mais rondes et non en plaques irrégulières. T. normale. P. normal. Se sent très bien. Bon appétit A tout hasard, sérum Roux, 2000 unités.

Le 15 Déc. Gorge nette.

Etait-ce de la diphtérie ? Etait-ce simple coïncidence ?—L'examen bactériologique aurait réglé ce point, il ne fut pas fait.

Obs. XXXI.—Walter G., 7 ans 8 mois, ami du précédent.

Le 11 Déc. 1896, 10 heures du matin. Sérum Roux, 2000 unités, tout un jour après l'apparition locale de la maladie. Fiévreux il y a deux jours, se plaignit de la gorge hier après-midi, et déjà le cou était enflé du côté gauche. L'amygdale gauche est enduite d'une membrane épaisse qui court vers la luette ; l'amygdale droite est aussi tapissée, ainsi que les piliers, et cette plaque forme une arche qui s'appuie sur la naissance de la luette et l'envahit. Quinine, fer, etc.

Le 12 Déc., 10 heures, T. normale, P. 72, gorge pleine, donnant beaucoup d'odeur. Les membranes cependant ont commencé de se désagréger, des morceaux sont tombés, d'autres sont repliés et pendants.

Le 13 Déc., 10 heures, T. normale., P. 76, travail plus avancé, amygdale droite à moitié nettoyée.

Le 14 Déc., 10 heures, quelques fragments à gauche. Comment êtes-vous ? Bien.

Le 15 Déc., 10 heures, gorge nette. Malade debout. Fer, 3 fois par jour.

Le 17 Déc. Patient déchargé.

Autrefois, ce cas-ci eut été un cas très sévère ; il devint d'une rare bénignité. Examen des urines, à toute époque, normal.

Immunisés : Carrie (sœur jumelle). 7 ans 8 mois, sérum Roux, 400 unités ; Florence, 10 ans, 400 ; James, 12 ans, 500 ; Kittie, 14 ans, 700.

Obs. XXXII.—Chester S., 5 ans 4 mois.

Le 17 Déc. 1896, 9 heures. Fiévreux depuis trois jours et demi. A de la toux et une amygdale gauche enflée, apparente au dehors. Cependant pas de douleur à la gorge et pas de couenne qu'on y regarde de si près qu'on veuille. 9 heures du soir, pas de changement, examen tout aussi négatif.

Le 18 Déc., 9 heures. Apparence générale la même ; tout aussi fiévreux. Plaque bien formée au centre de l'amygdale droite, et apparence suspecte de la gauche. Point à noter : cette amygdale qui est gonflée de façon à ce que cela paraisse au dehors, est plus lente à se couvrir d'exsudats. Sérum Roux. 1200 unités. moins de 12 heures après la formation des exsudats. Traitement, quinine, fer, chlorate de potasse.

Le 19 Déc., 9 heures. fièvre presque entièrement disparue ; gorge moins enflammée ; pas de couennes nouvelles et celle qui existe déjà sur le retour.

Le 20 Déc., couenne partie. Encore un peu fiévreux, tousse un peu, narines légèrement excoriées. Solution faible de muriate d'ammoniaque. Onguent antiseptique au zinc et à l'acide salicylique.

Le 21 Déc., encore fiévreux, toux la même ; ne s'améliore pas comme on devrait s'y attendre à la façon dont les membranes s'en sont allées.

Le 22 Déc., pouls rapide et petit ; même toux petite et brève. Examen de la poitrine à peu près négatif. Lèvres sèches, avec croûtes bien rougeâtres. Sordès aux gencives. Langue chargée avec traînée centrale lustrée, comme dans les états adynamiques, tels que la fièvre typhoïde. A bien dormi la nuit dernière, mais est égaré quand il s'éveille. Quinine et fer continués, stimulants augmentés. Analyse des urines, normale, hormis gr. s. élevée (1030.)

Le 23 Déc., râles sous-crépitants et craquements bien marqués. Aucun doute sur l'évolution progressive d'une broncho-pneumonie septique (streptococcie).

Le 24 Déc., symptômes de plus en plus évidents.

Le 30 Déc. transpiration profuse crise, point tournant.

Le 31 Déc., décidément en convalescence.

Le 3 Janvier 1897, grande dilatation des pupilles ; fièvre remontée ; sensible et raide partout, le cou, les jambes surtout ; ces dernières ont une apparence pommelée. Sont-ce des douleurs articulaires ? En est-on redevable au sérum ? Un peu tard, 16 jours, et les douleurs ne sont pas exactement dans les jointures, mais plutôt dans la continuité des membres. On s'arrête à l'idée de névrite périphérique multiple, et l'on prescrit de larges doses de salicylate de soude. Urine toujours normale.

Le 4 Janvier, fièvre réduite de beaucoup ; douleurs beaucoup moindre, excepté aux membres inférieurs, il ne veut pas qu'on les touche ou les remue.

Le 5 Janvier, pas de fièvre ; remue lui-même le bout des pieds, mais tient à ce qu'on ne le dérange d'aucune façon.

A partir de ce jour, l'amélioration est constante et, huit jours plus tard, l'enfant est réchappé.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE.

LE MÉDECIN D'ASSURANCE SUR LA VIE.

Conférence donnée par M. le Dr J. P. BOULET, devant la Société Médicale de Québec, à sa séance du 11 novembre 1897.

M. le Président,

Messieurs,

Deux raisons principales m'ont fait adopter ce sujet pour la conférence de ce soir :

D'abord, et, c'est pour moi un motif d'ordre supérieur, je me sens pour le traiter plus de compétence que pour tout autre. En second lieu, c'est un sujet relativement nouveau, puisqu'au grand regret des compagnies qui font ce genre d'affaires, c'est à peine s'il est entré dans l'enseignement de quelques universités. Quiconque veut embrasser cette carrière, exercer cette spécialité, doit encore en acquérir les aptitudes à ses propres dépens, et aussi un peu, pour ne pas dire beaucoup, aux dépens de ceux qui l'emploient.

Il y aurait peut-être encore une troisième raison, d'ordre inférieur il est vrai, en faveur de mon choix. C'est que les compagnies d'assurance sur la vie, dont l'extension se fait tous les jours plus grande, dépensent, chaque année, des millions, le mot n'est pas trop fort, pour examens médicaux. Or, vous le savez tout aussi bien que moi, le *struggle for life* devient chaque jour de plus en plus difficile. Serait-il sage, de la part du médecin, de se priver d'un moyen très légitime de gagner sa vie et celle de sa famille, en négligeant de se rendre apte à prendre sa part du gateau que lui offrent les compagnies d'assurance sur la vie ? Je ne le crois pas, et c'est pour cela que j'ai pensé être utile à quelques-uns d'entre vous en abordant ce sujet devant la Société médicale de Québec.

Certes, je ne l'ignore pas, l'assurance sur la vie est un sujet qui ne saurait être traité d'une manière convenable en quelques pages seulement. Son importance est devenue telle aujourd'hui que plusieurs volumes suffiraient à peine pour l'épuiser. Mais, mon intention, ce soir, n'est autre chose que de vous exposer, sommairement. la routine de chaque jour, les principaux devoirs du médecin examinateur envers les compagnies qui l'emploient, envers les agents de ces compagnies, envers les postulants d'assurance.

J'avertis tout de suite que cette étude est faite en vue des jeunes seulement. Quant aux plus anciens qui sont déjà au fait de tout ce que je pourrai dire, ils voudront bien, je l'espère, me pardonner si je ne leur apprends rien de nouveau.

Répondons d'abord, en peu de mots, à cette question : Qu'est-ce que l'assurance sur la vie ?

C'est un contrat entre l'assureur et l'assuré en vertu duquel le premier s'engage à payer, soit à la mort du second, soit, même durant sa vie, à une époque fixée d'avance, une certaine somme d'argent, à certaines conditions. Parmi ces conditions est celle d'avoir des chances au moins moyennes de longévité. Or, il n'y a que le médecin qui puisse apprécier plus ou moins exactement ces chances de longue vie, d'où la nécessité de son intervention.

Dans les premiers jours de ce genre d'affaires, les postulants devaient, non seulement subir un examen médical, mais en outre se présenter en personnes devant les directeurs de la compagnie, afin que ceux-ci pussent les juger d'après leur apparence physique. Mais aujourd'hui, où tout marche par la vapeur et l'électricité, ce mode de procéder n'est plus de mise. Les compagnies sont bien obligées de se contenter du rapport médical et dans la presque totalité des cas, elles ne verront presque jamais l'assuré. Il s'ensuit nécessairement que la responsabilité de l'examinateur s'accroît en proportion de la confiance que l'on doit mettre en lui.

J'ai prononcé le mot de responsabilité. En effet, l'examen d'un candidat à l'assurance n'est pas une pure formalité et une chose banale. Au contraire c'est très sérieux, et si le médecin néglige de suivre scrupuleusement les instructions qui lui sont données par les compagnies et que par sa faute celles-ci font des pertes qui auraient pu être évitées, il est responsable des dommages encourus et pourrait être tenu de restituer.

J'entre maintenant dans le vif du sujet.

I.—*Qualités requises de la part du médecin examinateur* :—En premier lieu, il doit avoir la science et l'expérience suffisantes. Non seulement il doit être expert en diagnostic physique, afin de découvrir si le candidat est atteint ou non de quelque maladie latente, mais il doit avoir, en outre, assez de discernement pour apprécier les chances de longévité. Des sujets de toutes sortes sont présentés au médecin. Quelques-uns semblent être l'image de la santé elle-même, qui, cependant, ne sont guère assurables, si ce n'est pour une courte période. Ils sont peut-être obèses ou pléthoriques et par suite exposés aux dégénérescences ou à l'apoplexie. D'autres, au contraire, paient moins de mine, mais sont pourtant de meilleurs sujets, mieux armée contre la maladie, moins exposés aux surprises. Il y a des gens qui n'ont jamais été malades, ou qui du moins l'affirment, mais qui sont peut être à la veille de l'être plus ou moins gravement. D'autres ont parfois été atteints d'une ou de plusieurs maladies, plus ou moins graves, mais le temps a remis les choses à leur point et nulle trace ne reste plus des troubles causés par ces maladies. Tous les faits doivent être pris en sérieuse considération et appréciés à leur juste valeur selon le genre d'assurance sollicitée.

En effet, il y a plusieurs mode d'assurance sur la vie. Je ne saurais vous les expliquer tous en leur détail, car ils sont presque innombrables. Du reste, cette étude sortirait du cadre que je me suis tracé. Chaque compagnie a ses systèmes divers, mais je crois que, d'une manière générale, on peut les ranger tous en deux grandes classes : 1° Ceux, dits de la vie entière, qui n'engagent l'assuré qu'à de petits versements, mais, d'ordinaire, durant toute la vie ; 2° Ceux à terme fixe, dont les versements plus forts n'embrassent qu'une période déterminée d'avance, dix, quinze ou vingt ans.

Il est clair que, moins onéreuses sont les conditions pour l'assuré, meilleures doivent être ses chances de vivre longtemps et *vice-versa*.

C'est au médecin examinateur de diagnostiquer tous ces cas et ce n'est pas toujours une mince besogne. Il lui reste, cependant, une ressource très précieuse qu'il peut utiliser avec avantage, au grand soulagement de sa conscience, dans les cas douteux. C'est de consigner minutieusement et clairement tous les faits dans son rapport et de laisser juges les directeurs de la compagnie. Ceux-ci sont en général les hommes les plus experts en la matière et se trompent rarement en présence d'un rapport bien fait.

Une seconde qualité absolument nécessaire au médecin examinateur est *l'indépendance de caractère* et *l'abnégation*. C'est la vertu par excellence de l'examinateur d'assurance En effet, chaque fois qu'il fait un examen, il se trouve en présence d'intérêts opposés, sans compter les siens propres. Il a d'abord devant lui le candidat qui, pour plusieurs raisons, n'aime pas à être refusé, quand même il ne tient guère à s'assurer, et, tout à côté, l'agent qui tient

mordicus à ce que son homme soit accepté. Vous le comprenez, il y a là pour lui une question de gain ou de non-gain et vous savez tous ce que cela signifie aujourd'hui en affaires.

D'autre part, la compagnie qui vous emploie et vous paie pour lui dire la vérité n'aime pas non plus à accepter pour excellents des risques d'une valeur douteuse. Sans doute, il faut s'efforcer d'être juste envers tout le monde : il ne faut pas infliger la mauvaise note d'un refus à un postulant qui ne la mérite pas, ni faire perdre à l'agent la rétribution légitime due à son travail, mais il faut savoir que les risques assumés par la compagnie sont plus grands et lui donner le bénéfice du doute quand il y a lieu. Il se présentera quelquefois des cas qui vous mettront dans le plus grand embarras.

Dans ces cas, l'examinateur devra posséder un grand fonds d'indépendance et de fermeté pour ne pas se laisser vaincre par les doléances et les objurgations soit du postulant, soit de l'agent dont les intérêts se trouveront lésés. Il lui faudra, en plus, beaucoup d'abnégation et d'amour du devoir. En effet, il est presque certain, si l'agent est un peu âpre au gain, si, de plus, il se trouve dans la même localité un autre examinateur de la même compagnie, réputé plus facile, il est presque certain dis-je que, pour peu que sa fidélité se soutienne, il sera bientôt délaissé par l'agent mécontent. C'est une perte qu'il subira injustement, mais dont la satisfaction d'avoir rempli son devoir devra le consoler.

Enfin, une qualité très appréciée chez l'examinateur est la promptitude à répondre soit aux appels des agents, soit aux demandes d'éclaircissements qui viennent quelquefois de la part des compagnies. Naturellement, tout retard est susceptible d'entraîner des pertes soit pour l'agent soit pour la compagnie, ce qu'il faut éviter autant que possible.

II.—*Conduite envers le postulant.*—Le postulant d'assurance est quelquefois un malade, mais ce n'est pas un malade ordinaire. Celui-ci s'adresse à vous comme à un ami dont il attend consolation et guérison. Il répond volontiers à toutes vos questions, souvent avec un luxe de détails dont vous n'avez que faire. Il en est, même, qui exagèrent à dessein leurs souffrances. sans doute pour exciter davantage votre commisération. Le postulant d'assurance, au contraire, prétend bien jouir d'une excellente santé. Il vous regarde comme un juge dont il doit se défier. S'il y a point faible chez lui, il sera réticent, ne répondra qu'à demi à vos interrogations, cherchera à atténuer autant que possible les mauvaises notes qu'il redoute.

Dès qu'il vous est présenté, il faut tâcher de le rassurer, le mettre à l'aise par des manières engageantes. Ne prenez jamais un air solennel avec lui, vous le rebuteriez du coup et le mettriez inutilement sur la défensive. Ayez plutôt l'air de prendre son parti et faites lui entendre que si vous tenez à la précision des réponses c'est son propre intérêt autant, sinon plus, que celui de la compagnie que vous recherchez. Il y a, du reste, une certaine manière habile, variable à l'infini, de questionner les candidats, manière qui désarme la plupart d'entre eux, vous gagne leur confiance et les dispose à vous ouvrir plus franchement leur cœur.

Il en est, toutefois, quelques-uns à qui certains agents ont peut-être fait la langue et qui viennent avec l'intention bien arrêtée de vous tromper. Il ne faut pas trop vous effrayer à cette pensée. Un peu de coup d'œil et d'expérience vous permettront de les reconnaître le plus souvent. D'ordinaire, ces candidats sont très loquaces, très enclins à vanter outre mesure leur excellente santé et leurs qualités supérieures comme assurés. Il faut alors redoubler de vigilance et d'habileté dans la manière de questionner. En y mettant le soin voulu, il est assez rare qu'on se méprenne tout à fait sur la véracité d'un homme. Sa contenance, le ton de sa voix, mille et une circonstances, viendront à votre secours.

III.—*Conduite envers les agents.*—L'agent doit pouvoir compter sur votre assistance dans les efforts qu'il fait pour grossir le chiffre de ses affaires. Vous

l'aiderez par votre promptitude à répondre à ses appels, et, quelquefois aussi, une parole dite à propos contribuera beaucoup à décider les hésitants. S'il vous communique le nom d'une personne qu'il poursuit de ses obsessions, en vue de l'assurer, vous lui devez un secret inviolable. Une indiscrétion pourrait donner l'éveil à un autre agent et faire perdre au premier le fruit d'un long et pénible labeur.

Si vous examinez pour plusieurs compagnies, gardez la plus stricte impartialité envers les divers agents, vous conduisant avec chacun d'eux comme si vous n'aviez affaire qu'à lui seul.

Mais tout en étant poli et serviable envers tous les agents, il faut bien garder son indépendance à leur égard et ne pas s'en laisser imposer par les airs protecteurs de quelques-uns d'entre eux. Surtout, ne permettez jamais à un agent d'assister à l'examen de son client. L'intérêt pourrait le faire intervenir d'une manière désastreuse pour la vérité et la justice. Il faut l'inviter à se tenir à l'écart.

Ici peuvent se placer deux ou trois questions qui ne sont pas dépourvues de toute importance en pratique :

1° *Le médecin peut-il abandonner à l'agent partie de ses honoraires pour l'engager à s'adresser à lui de préférence pour les examens ?*

Si l'agent ne vient au médecin que pour la seule considération d'une petite commission à percevoir, il n'y a peut-être là rien d'immoral. Mais s'il y avait en sus espoir de quelque relâchement dans la sévérité des examens il n'y faut pas songer. Du reste, les compagnies n'aiment guère ces associations entre médecin et agent ; elles offrent toujours quelque danger.

2° *Le médecin peut-il accepter un percentage sur la commission de l'agent quand les risques sont acceptés ?*

Evidemment non car le médecin deviendrait intéressé à l'acceptation du risque, ce qui nuirait à son indépendance. En vue d'assurer autant que possible cette indépendance, les compagnies paient les médecins dans tous les cas, que le risque soit accepté ou non ; elles verraient donc d'un très mauvais œil un médecin recevant une telle commission. Du reste une semblable conduite ferait naître à son égard un soupçon qui serait une tache que tout homme d'honneur doit éviter avec le plus grand soin.

3° *Le médecin peut-il se faire agent et proposer lui-même des candidats à l'assurance ?*

Oui, sans aucun doute, bien que l'idée de mercantilisme répugne quelque peu (bien que de moins en moins de nos jours) à la dignité du médecin, mais c'est à une condition : c'est que vous ne soyez pas en même temps agent et examinateur. Vous devrez alors faire examiner votre risque par un autre, non intéressé à la transaction.

Il en est de même, je crois, quand vous êtes appelé à examiner l'un de vos proches, surtout si le risque n'est pas absolument de première classe ; vous agirez sagement et dignement en vous récusant.

IV.—*Conduite envers les compagnies.*—Les rapports directs entre les compagnies et leurs médecins examinateurs ne sont pas d'occurrence très fréquente, tout au contraire. De loin en loin, vous recevrez peut-être la visite d'un inspecteur en quête de renseignements sur la valeur des assurés de la compagnie dans votre localité, ou pour un cas particulier. Ou bien, l'on vous transmettra de temps en temps des instructions quant à la manière de conduire vos examens.

Mais, le plus souvent, l'on vous écrira pour vous demander des éclaircissements au sujet d'un de vos rapports. Celui-ci manque peut-être de clarté en certain point. Tel fait y consigné ne concorde pas avec des informations reçues d'autre part et l'on veut savoir ce qu'il en est. Car, il ne faut pas l'ignorer, les compagnies d'assurance sur la vie sont aujourd'hui puissamment armées contre

les fausses déclarations et les omissions de toutes sortes d'un nombre incalculable de postulants.

Vous aurez examiné une personne que vous croyez connaître passablement, sans être intime avec elle. Vous vous êtes fié à ses déclarations et vous l'avez recommandée sans restriction. Cependant, peu de jours après la signature de votre rapport vous recevrez une lettre ayant cette signification : " M. Un tel vous a déclaré telle ou telle chose, durant son examen, mais nous avons raison de croire que cette déclaration n'est pas exacte. Veuillez donc vous enquérir au sujet de tel ou tel fait et faire rapport au plus tôt."

Vous serez probablement étonné de recevoir pareille communication, mais, bien souvent, vous serez encore plus surpris, après enquête, de constater que la compagnie dont le siège est situé à plusieurs centaines de milles et dont aucun des officiers n'a jamais vu le postulant en question, en sait plus long que vous à son sujet, que vous qui demeurez presque à sa porte et qui avez eu l'occasion de le rencontrer plus ou moins souvent Toutefois, il ne s'ensuit pas que ces renseignements obtenus par les compagnies soient toujours exempts d'erreur, non sans doute, et c'est pour cela que l'on vous demande de faire enquête ; mais, je ne crains pas de l'affirmer, ils sont le plus souvent conformes à la vérité.

On vous écrira peut-être encore pour d'autres objets, pour savoir, par exemple, ce qu'est devenu tel ou tel sujet que vous avez examiné, il y a quinze ans et qui a été refusé ; ou bien encore, si vous avez réussi à vous assurer la confiance de la compagnie, pour connaître ce que vous pensez de tel ou tel de vos confrères, quant à ses aptitudes comme examinateur d'assurance et à la confiance que l'on peut reposer en lui.

Toutes ces enquêtes sont fort délicates et fort désagréables à conduire. Elles constituent, en plus, un surcroît d'ouvrage sans rémunération spéciale. Mais il faut s'y prêter de bonne grâce et avec toute la promptitude possible, si l'on veut gagner la confiance des compagnies qui nous honorent de ces questions. Du reste, il ne faut pas l'oublier, les compagnies paient si ponctuellement les services ordinaires que nous sommes appelés à leur rendre, qu'il serait mesquin, de notre part, de leur refuser une information dont elles ont besoin.

Il y a un autre genre de renseignements que les compagnies désirent beaucoup recevoir de leurs médecins. Il arrive quelquefois qu'on vous présente un individu que vous savez d'avance n'être pas assurable. Inutile alors de procéder à l'examen. Ou bien encore vous avez de justes raisons de suspecter la véracité d'un candidat. C'est alors votre devoir de communiquer ces faits aux officiers de la compagnie qui vous garderont le secret le plus absolu.

V.—*Un défaut de la plupart des compagnies.*—A mon sens, il existe une contradiction flagrante et nuisible aux intérêts des compagnies d'assurance entre certaines instructions données au médecin et à l'agent. Ainsi, le médecin doit faire son examen *privément*, hors de la présence de l'agent. Mais, une fois rédigé, le rapport est remis *ouvert* à l'agent pour être par lui transmis à la compagnie. Pourquoi cela ? Si l'agent ne doit pas être présent à l'examen, est-il logique qu'il puisse ensuite lire le rapport médical, l'apprécier, le faire lire au postulant etc. ? Si le rapport n'est pas favorable. les intéressés savent tout de suite d'où vient leur déconvenue. Il est, en outre, des candidats qui ont à confesser des choses qu'ils dévoileront volontiers au médecin mais à nul autre. Ils préfèreront renoncer à l'assurance, ou bien ils seront tentés de faire de fausses déclarations. Egalement, cela nuit à l'indépendance du médecin qui n'aime jamais se mettre les gens à dos. Pourquoi ne pas se faire adresser le rapport directement par le médecin lui-même ? ou bien exiger qu'il soit dans tous les cas remis *scellé* à l'agent ?

Il est vrai que cette ressource existe quand le candidat l'exige, mais cela déroge à la routine ordinaire et peut faire naître des soupçons. Reste une lettre privée à la compagnie, mais c'est une corvée pour quiconque est très occupé.

VI.—*Comment procéder à un examen ?*—Choisissez autant que possible un endroit tranquille, loin des bruits de la rue. A Québec le bureau de la compagnie est, d'ordinaire, un endroit impossible, situé qu'il est toujours à la basse ville où des bruits de toutes sortes se font entendre tout le long du jour. Le domicile du candidat est souvent un lieu assez propice et n'est pas sans offrir quelques avantages. D'un autre côté, l'on y est parfois exposé à se voir entouré des autres membres de la famille, ce qui nuit à l'examen Pour ma part, je préfère de beaucoup mon cabinet de consultations où je puis avoir toute la tranquillité désirable.

Une fois commencé, l'examen doit être conduit avec méthode. Il n'est pas nécessaire de suivre exactement l'ordre adopté dans la formule d'examen. L'essentiel est de répondre à toutes les questions.

En général, je commence par les questions les moins importantes. comme le nom du candidat, son âge, son adresse, son signalement, s'il est déjà assuré etc., de manière à ne pas l'effrayer dès le début. Puis je passe à l'examen successif de toutes les fonctions et de tous les organes, en adoptant autant que possible le questionnaire de la compagnie et donnant les explications nécessaires s'il arrive que certaines questions ne soient pas comprises. Je fais de même pour les réponses qui très souvent laissent beaucoup à désirer, je tâche de les élucider le mieux possible.

Il est de la plus haute importance de bien établir les antécédents personnels du postulant. Souvent, il vous dira qu'il n'a jamais été malade; n'en insistez pas moins pour repasser avec lui la longue liste des infirmités humaines que toute formule d'examen renferme invariablement. De temps en temps, vous trouverez que celui qui déclarait avec le plus d'aplomb qu'il n'avait jamais été malade, avait cependant été, sinon malade dans le sens ordinaire du mot, du moins sujet à certains états qui sont quelquefois les signes avant-coureurs de la maladie. Il a peut-être eu des vertiges, des épistaxis, de l'œdème aux pieds, aux mains et aux paupières, un évanouissement ou un crachat sanglant dans sa vie. Tout cela est passé plus ou moins inapperçu pour lui, mais quand vous lui en parlez il s'en rappelle et vous répond en conséquence, s'il est honnête. Dans ce cas, il faut s'assurer aussi exactement que possible des faits afin de pouvoir en apprécier la portée. Ainsi, ce crachat sanglant peut être survenu immédiatement après une épistaxis plus ou moins abondante, il n'a aucune importance. Au contraire, il s'est produit sans cause appréciable, alors il faut se défier et examiner le poumon avec un soin extrême. Du reste aucune compagnie n'accepte un postulant qui a craché du sang, à moins que plusieurs années ne se soient écoulées depuis. L'épistaxis d'origine traumatique ne porte pas à conséquence ; mais si elle se répète plus ou moins souvent, à propos de rien, elle est peut-être un signe d'albuminurie. Un léger écoulement par l'oreille peut très bien n'avoir aucunement éveillé l'attention du candidat ; cependant nous savons tous que cette affection, légère en apparence, peut entraîner des conséquences funestes.

Sans doute, il faut être en éveil durant tout l'examen, mais il y a deux moments où l'on doit l'être davantage, parce que la plupart des postulants et les agents surtout connaissent mieux la portée des réponses qui seront alors données. C'est lorsqu'il s'agit de dresser le record de la famille et d'établir quelles sont les habitudes du postulant relativement à l'usage des boissons fermentées.

Presque tous les candidats savent, ou s'ils ne le savent pas l'agent a soin de leur apprendre, qu'une ou plusieurs morts par consomption dans une famille constituent une fort mauvaise note en assurance. Aussi, ne manquent-ils jamais, le cas échéant, de vous avertir que leur parent n'est pas mort de phtisie *héréditaire* mais uniquement de phtisie *acquise*. Il jouissait d'une santé exemplaire, mais des circonstances et des travaux excessivement pénibles ont provoqué l'explosion de la terrible maladie. Il n'y a pas de mal, je crois, à leur accorder cette consolation et à ajouter ce qualificatif, car je suis convaincu que les com-

pagnies font peu d'attention à l'adjectif et ne voient que le substantif. Acquise ou non c'est toujours la phtisie. Dans ces cas, et dans beaucoup d'autres où la cause de la mort n'est pas clairement établie, il faut tâcher de recueillir tous les faits, de les noter succinctement et de laisser la compagnie juger par elle-même.

Il arrive très fréquemment que des postulants soient très peu au fait touchant la cause de la mort de leurs parents, surtout quand ces morts sont arrivées depuis un certain temps. Il faut alors les questionner minutieusement sur les symptômes et la durée de la maladie et tâcher de faire vous-même un diagnostic rétrospectif. Ce n'est pas toujours facile mais il faut le tenter.

Une des causes les plus fréquentes de mort pour nos compatriotes, de la classe peu ou point instruite, est *le chaud et le froid* ou bien encore la *fausse pleurésie*. En présence de pareilles déclarations, surtout si ce chaud et ce froid se sont concertés pendant plusieurs années pour faire languir leur victime, vous n'y voyez pas toujours bien clair, et, la plupart du temps, vous vous épuiserez en vains efforts pour arriver à un diagnostic qui ait quelque chance d'être exact. En pareille occurrence, il vaut mieux, selon moi, dire tout simplement que la cause de la mort est inconnue plutôt que de spécifier une cause qui n'est peut-être pas du tout la véritable.

Les postulants plus instruits emploient d'autres expressions, pour désigner les maladies qui ont emporté leurs parents. Les uns sont morts de *vieillesse* à soixante ans, d'autres de *débilité générale* à cinquante ans; une mère ou une sœur a succombé aux *suites de ses couches*, six, huit, et même douze mois après sa dernière couche ; la mort d'une autre est due au *retour de l'âge*, mais elle a langui pendant un an ou plus avant de s'éteindre. Où est la vérité dans tout cela ? Mystère ! S'ensuit-il que l'on cherche toujours à vous tromper ? Je ne le crois pas. J'aime mieux penser que l'on ne sait pas mieux. Mais la besogne n'en est pas moins difficile pour quiconque veut faire tout son devoir.

Passons maintenant à une autre question non moins importante : les habitudes du postulant. Or la principale de ces habitudes est, sans contredit, celle qui se rapporte à l'usage des boissons fermentées, surtout des spiritueux.

A première vue, il vous semblera qu'il est plus facile, ici, d'arriver à la vérité puisqu'il s'agit de faits contemporains, personnels au candidat lui-même. Mais il faut toujours compter avec la nature humaine. Peu de personnes se donnent volontiers un certificat d'immoralité. Quelques-uns vous diront plus facilement que leur père est mort des suites de l'intempérance que d'avouer qu'ils font eux-mêmes des excès semblables. De là la difficulté de connaître toujours exactement la vérité sur ce point.

Je crois que l'on peut, assez naturellement, répartir tous les postulants en trois grandes classes, par rapport à l'usage des boissons fermentées : 1° Ceux qui n'en font aucun usage ou qui n'en prennent que rarement et toujours avec modération ; 2° Ceux qui ont des habitudes journalières plus ou moins prononcées; 3° Ceux qui n'ont pas d'habitudes journalières, mais font la *noce* de temps en temps

Avec les personnes de la première catégorie, la question est vite réglée. Elles sont abstèmes ou modérées et le déclarent sans hésitation. Leur air de sincérité et leur apparence extérieure vous rassurent aussitôt.

Mais nous voici en présence d'un candidat de la seconde classe. Il prend le *petit coup d'appétit*, généralement des spiritueux, avant chaque repas; ou bien il boit du vin, ou de la bière à son dîner ; ou bien, encore, il boit tout le long du jour avec un effet plus ou moins prononcé sur son intelligence, sa stabilité corporelle et sa santé.

Les compagnies ne s'objectent pas beaucoup à l'usage modéré du vin et de la bière au repas. Quelques-unes, même, concèdent une certaine quantité de spiritueux, environ trois onces par jour. Mais il en est qui ont l'alcool tellement en horreur qu'elles refusent invariablement tout postulant qui prend le *coup*

d'appétit. Vous imaginez facilement ce qu'il arrive à ceux qui prennent cinq, dix, quinze coups, par jour, et plus.

Quant aux noceurs périodiques, ce sont eux que vous démasquerez le plus difficilement, s'ils veulent vous tromper, spécialement lorsque les débauches ne surviennent que de loin en loin, une ou deux fois l'année, par exemple. Ils se présentent, généralement, dans un moment où les ravages causés par leur dernière débauche ont eu le temps de se réparer, de sorte qu'ils ont absolument l'apparence de personnes sobres.

Quelques-uns de ces postulants, qui ont horreur des transactions louches, vous diront tout de suite ce qu'il en est, tout en cherchant à vous convaincre que leur santé n'en souffre aucunement. Mais ces cas sont excessivement rares, je n'en ai rencontré qu'un seul en plus de seize ans.

La plupart cherchent à vous endormir, ainsi que leur conscience, avec une moyenne quotidienne ou hebdomadaire. Voici, par exemple, un individu qui une fois par année, je suppose, fait une noce de dix ou douze jours, à raison de trente coups par jours. Cela fait trois cents ou trois cent soixante coups par année, moins d'un coup par jour. A ce compte, il est un homme sobre et pourtant c'est un ivrogne absolument impropre à l'assurance. Il faut se défier de ces gens *à moyenne*.

VII.—*Comment rédiger le rapport*.—Le plus simplement possible. Les directeurs médicaux n'ont aucun goût pour les fleurs de rhétorique. *Oui, non*, telles sont les réponses qui leur conviennent le mieux. Si parfois quelques explications paraissent nécessaires qu'elles soient faites dans les termes les plus clairs et les plus concis. Naturellement, il faut avoir soin de répondre à toutes les questions.

VIII —*Appréciation du risque*.—Votre examen est terminé ; il ne vous reste plus qu'à apprécier le risque à sa valeur. Le postulant peut-il être assuré sans danger, pour la vie entière, ou, si non, pour quelle période ? Telles sont les questions qu'il s'agit de résoudre. Pour former votre jugement, vous devez considérer attentivement et bien peser tous les faits dévoilés durant l'examen : l'état de santé du candidat, ses antécédents, le record de sa famille, ses habitudes, etc. Il ne suffit pas qu'il soit actuellement exempt de maladie, il faut encore, je l'ai déjà dit, qu'il ait des chances sérieuses de *vivre toute sa vie*, si je puis m'exprimer ainsi. Voilà pour la vie entière. Quant aux assurances à terme fixe, surtout si la période est courte et les primes élevées, le risque est moindre pour les compagnies ; aussi sont-elles moins exigeantes sur la qualité des candidats pour ces sortes d'assurance.

Malgré tout le soin que vous pourrez y mettre, il arrivera parfois que des sujets que vous avez recommandés soient refusés. Il pourra même se faire, mais beaucoup plus rarement, qu'un candidat que vous n'avez pas recommandé soit accepté. Il ne faut pas vous en étonner. Le directeur médical d'une compagnie ne voit pas le sujet proposé à l'assurance, mais seulement votre rapport. Or il y a peut-être dans ce rapport quelque mauvaise note à laquelle vous n'avez attaché aucune importance, ayant le sujet devant vous, mais qui a sauté aux yeux du médecin en chef. D'autre part la raison de votre refus paraîtra, peut-être, futile en haut lieu, comme le fait est arrivé dernièrement à un médecin des Etats-Unis. Il avait refusé un risque parce que l'un des ancêtres était mort de cancer, tandis que toutes les autres notes étaient excellentes. A sa grande surprise son homme fut accepté.

Voilà, Messieurs, les principales règles qui, selon moi, doivent guider la conduite du médecin examinateur d'assurance sur la vie. J'aurais pu donner à cette étude des développements beaucoup plus considérables, mais j'aurais craint de vous fatiguer, et, dans cette crainte, je m'en suis tenu autant que possible aux généralités. Merci pour votre bienveillante attention, malgré l'aridité du sujet.—(*La Revue Médicale*).

CHIRURGIE.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

Tenu à Paris du 18 au 23 Oct. 1897.

(*De notre correspondant européen.*)

L'Association française de chirurgie se réunissait en XI congrès pour discuter les dernières méthodes proposées, et presque même admises du domaine chirurgical. L'assemblée était nombreuse et distinguée : tous les grands noms si connus de la chirurgie française y figuraient. Les réunions avaient lieu à l'Université, au grand amphithéâtre de la faculté de Médecine. La salle, joliment décorée de drapeaux et d'emblêmes, présentait un agréable coup d'œil.

Les communications y furent nombreuses. — et comme dans tout congrès, quelques-unes plus ou moins intéressantes. Parmi les sujets particulièrement bien traités, j'ai remarqué celui touchant aux contusions de l'abdomen.

L'an dernier, un comité avait été spécialement nommé à l'effet d'étudier la question et de donner ses conclusions M Demons, de Bordeaux, chargé du rapport, donna un excellent travail, dont voici quelques extraits : ils résument les points de plus grand intérêt.

SUR LES CONTUSIONS DE L'ABDOMEN.

La question des contusions de l'abdomen est tellement vaste qu'il n'est vraiment pas possible, dans un rapport forcément succinct, d'en effleurer, d'en indiquer même tous les points. Si je ne me trompe, il convient d'en étudier surtout avec vous le côté pratique : à l'heure actuelle, c'est, en même temps que le plus important, le plus difficile et le plus rempli de controverses.

Il peut exister, à la suite du traumatisme, trois ordres de faits : ou bien les parois seules ont été touchées ; ou bien, derrière et avec elles, un ou plusieurs organes ont été atteints ; ou bien, enfin, ceux-ci ont été blessés, à l'exclusion des parois qui ont fui sans dommage devant l'agression. Parfois sérieuse, la contusion des parois est le plus souvent médiocre et même cliniquement nulle.

En conséquence, la première question à résoudre est la suivante :

Y a-t-il ou n'y a-t-il pas lésion des viscères abdominaux ?

Et au cas d'un diagnostic affirmatif, quel est l'organe lésé ?

Tout d'abord à considérer la nature de l'instrument contondant, — la force qui y a été mise — (ruade de cheval, chute, coup direct,...) — la résistance offerte par l'individu au choc : était-il adossé à un mur, est-il tombé de haut, le coup a-t-il été direct, — autant de faits qui aideront au diagnostic.

Il convient enfin de considérer la fragilité des viscères, variable non seulement d'un organe à l'autre, mais encore pour le même organe selon les conditions anatomiques, physiologiques ou pathologiques dans lesquelles il se trouve au moment de l'accident. Un viscère creux, s'il est distendu et dans la mesure même de cette distension, est plus vulnérable qu'à l'état de vacuité. Il présente une plus grande surface, il devient plus superficiel, plus accessible, plus tangible, plus tendu, moins mobile, ses parois sont amincies ou ramollies et toutes prêtes à éclater sous un choc (estomac, intestin, vésicule biliaire, vessie, utérus). C'est même là quelquefois une condition indispensable pour la rupture (vessie, utérus). L'altération des parois en facilite encore la solution de

continuité. Il n'est pas jusqu'à la nature du contenu qui ne soit susceptible de jouer un rôle (calculs de la vésicule, fœtus, etc.). Un organe plein, hypertrophié (foie, rate, etc.), peut être devenu plus friable : en même temps, il offre aux coups une plus grande prise, d'autant mieux qu'il déborde sa ligne de défense. La chose est pire s'il est plus malade encore (cancer du foie, kystes de l'ovaire, calculs du rein, etc.).

SYMPTOMES.

Une douleur profonde, limitée à un point précis, exagérée par les mouvements respiratoires, appartiendra plutôt à la blessure d'un viscère qu'à la simple atteinte de la paroi. Son irradiation loin du point contus, dans certaines directions, aura la même signification probable. Mais des observations sans nombre nous ont appris aussi deux choses : la douleur est souvent plus intense, plus expressive dans les contusions bornées à la paroi ; secondement, des lésions graves des viscères peuvent ne déterminer qu'une douleur insignifiante ou passagère.

L'ecchymose et la tuméfaction superficielle, appartenant en propre aux contusions pariétales, n'ont aucune valeur, puisqu'elles ne sauraient en rien nous dire ce qui s'est passé plus profondément. Ce qu'il y a de commun, c'est ce fait, devenu classique et banal, que l'intégrité absolue (au sens clinique du mot) de la paroi peut exister avec des désordres considérables dans la cavité abdominale. Mettez qu'avec cela vous ayez une absence de douleur et vous serez trahi, si vous n'y prenez garde.

Un ou deux vomissements alimentaires, un ballonnement du ventre léger ou discutable ne nous apprennent rien. Un ballonnement considérable, exceptionnel comme symptôme immédiat, indique évidemment que la paroi n'a pas seule souffert.

Il est un symptôme plus fréquemment rencontré, bien qu'il soit loin d'être constant, dont l'importance est autrement décisive. Je veux parler de la rigidité du ventre, ressemblant assez à la rigidité cadavérique, de cette tension marquée de la paroi, s'accompagnant parfois d'un gonflement médiocre, parfois au contraire d'un aplatissement et même d'une excavation du ventre, qui fait que la main exploratrice du chirurgien ne saurait réussir à la vaincre. Sous la palpation cette tension s'exagère plutôt et devient plus douloureuse encore. Le ventre est "comme en bois." Ce symptôme, doué de caractères si tranchés, dénote, si je suis bien informé, une lésion viscérale certaine. J'oserais même avancer, si je ne craignais pas d'être trop affirmatif, qu'il appartient en propre aux ruptures des organes creux. A un degré moindre, on voit, en d'autres cas, cete raideur, cette contraction de la paroi, ne se manifester que sous l'influence de la pression. Le ventre se "défend", comme on dit. Ainsi atténué, ce phénomène n'en a pas moins une portée réelle.

Les symptômes généraux immédiats sont quelquefois nuls, d'autres fois peu accentués et fugaces ; mais, dans bon nombre de faits, ils sont très prononcés et constituent cet ensemble de phénomènes que nous connaissons sous le nom de shock.

Sa présence semble démontrer, d'une manière suffisamment nette, la pénétration de l'action traumatique jusque dans la cavité abdominale, surtout si les signes en sont franchement accusés. Pâleur de la face, perte de connaissance, refroidissement, dissociation du pouls et de la température, etc., toutes ces manifestations du trouble profond subi brusquement par l'économie décèlent la violence de l'attaque sur le système nerveux splanchnique. Il ne saurait y avoir de doute sérieux sur l'interprétation que s'il existe concurremment d'autres blessures graves dont le shock pourrait être également la conséquence. Mais des lésions profondes, des lésions viscérales, même très importantes,

peuvent n'être suivies d'aucun shock. Conséquemment, si la présence du shock prouve beaucoup, son absence ne démontre rien à elle seule.

Quel est le viscère lésé ?

Je dois me contenter pour chaque organe d'une légère esquisse.

Estomac.—Coup habituellement violent dans la région épigastrique ou dans l'hypocondre gauche. Shock ordinairement marqué. Douleur vive assez bien limitée. Hématémèses plus ou moins abondantes qui peuvent cependant manquer. Vomissements répétés, ou efforts infructueux de vomissements, ou bien ni vomissements ni efforts. Emphysème sous-cutané (rare)

Intestin.—Coup violent, ou en apparence modéré, notamment quand le corps contondant est étroit, sur tous les points de la paroi abdominale, particulièrement en avant et sur les côtés. Shock accentué, médiocre ou nul. Douleur très variable, profonde, parfois hyperesthésiée (Delorme). Hématémèses ou selles sanglantes (très rares). Ventre tendu, dur, ou au contraire légèrement ballonné et souple, quelquefois sans modification appréciable. D'autres fois, le ballonnement est considérable, on trouve partout de la sonorité, et la matité hépatique disparaît derrière les gaz sortis de l'intestin et accumulés au-devant du foie.

Mésentère, épiploon. — Mêmes causes que ci-dessus. Shock modéré. Douleur médiocre. Signes d'hémorragie interne si des vaisseaux importants ont été intéressés. Lésions confondues d'habitude avec celles de l'intestin.

Foie.—Coup violent sur la base du thorax, l'hypocondre droit, ou la région épigastrique, ou bien sur un autre point plus ou moins éloigné du tronc ; ou encore, chute d'un lieu élevé sur la tête, les pieds, le siège (choc indirect). Shock souvent prononcé, manque rarement. Souvent symptômes d'hémorragie interne. Douleur ordinairement vive dans la région hépatique, s'irradiant quelquefois vers l'épaule droite, ou le creux épigastrique, peut manquer. Respiration difficile et courte Ictère rare.

Voies biliaires — Coup habituellement violent dans l'hypocondre droit. Shock marqué, manquant quelquefois. Douleur vive au niveau du point frappé. Vomissements, ballonnement léger.

Pancréas.—Coup violent dans la région. Shock prononcé. Glycosurie.

Rate.—Coup violent dans l'hypocondre gauche ou à la base du thorax du même côté, très rarement à droite. Shock accentué. Douleur vive. Signes d'hémorragie interne. Dans certains cas, matité considérable (épanchement de sang) avec refoulement du diaphragme et dyspnée.

Reins.—Coup violent dans la région lombaire ou dans le flanc. Shock accentué ou moyen. Douleur lombaire d'intensité variable, se propageant le long de l'uretère et de la cuisse. Parfois rétraction des testicules. Hématurie presque constante. Oligurie et même anurie quelquefois. Tuméfaction limitée (hématonéphrose) ou un peu diffuse (épanchement de sang) dans la région rénale.

Uretère.—Coup violent dans la région. Shock marqué. Douleur lombaire vive. Exceptionnellement, hématurie légère ou oligurie.

Vessie.—Coup violent dans la région hypogastrique ou sur le pubis. Shock manque assez souvent. Rétention d'urine. Ténesme. Urine sanguinolente retirée en petite quantité par le cathétérisme. Tuméfaction hypogastrique simulant la vessie, située au-devant de ce réservoir, symétrique ou non. Douleur d'intensité variable *in situ.*

Utérus.—Coup violent direct ou indirect chez une femme enceinte ou portant des fibromes utérins. Shock quelquefois absent. Douleur vive. En cas de grossesse, quelquefois coliques utérines et commencement de travail. Métrorragie et symptômes d'hémorragie interne manquant habituellement. Forme et volume de l'utérus conservés dans certains cas. Le plus souvent, constatation de la tumeur fœtale dans le ventre, hors de sa cavité naturelle.

Gros vaisseaux.—Coup violent. Symptômes d'hémorragie interne.

Diaphragme.—Pression violente sur la base du thorax ou la partie supé-

rieure de l'abdomen. Shock prononcé. Douleur vive, dyspnée. Coexistence habituelle de nombreuses lésions d'autres organes. Quelquefois, on trouve l'estomac dans la plèvre gauche.

Nerfs (plexus solaire).—Coup violent, d'ordinaire sur une surface assez large, dans les régions épigastrique ou ombilicale. Shock accentué, quelquefois subitement ou rapidement mortel.

Péritoine.—Coup assez violent. Shock modéré ou nul. Douleur moyenne. Symptomatologie effacée ou confondue avec celle des lésions viscérales.

Kystes de l'ovaire, du foie, etc.—Coup violent ou même léger. Shock modéré ou nul. Douleur légère. Disparition plus ou moins rapide et plus ou moins complète de la tumeur qui est remplacée par une ascite. Symptômes d'hémorragie interne rares.

Tumeurs solides diverses.—Coup violent ou modéré *in situ*. Shock modéré ou nul. Douleur plus ou moins vive. Rarement symptômes d'hémorragie interne.

Mais il serait dangereux de se dissimuler qu'il y a toute uns série, malheureusement trop vaste, de faits beaucoup moins clairs, où le jugement s'assoit péniblement ou demeure forcément suspendu. Ces faits sont de plusieurs ordres. Nous avons d'abord ceux dans lesquels d'autres traumatismes, parfois multiples, à grand tapage, contemporains de la contusion de l'abdomen, détournent vers eux et absorbent l'attention (fractures du crâne, de la colonne vertébrale, des membres, etc.). Il y a aussi des faits plus fréquents où le même coup, la même chute a intéressé simultanément un ou plusieurs viscères de l'abdomen, et des os des organes voisins (os iliaques, côtes, poumons, etc.). Une confusion regrettable peut s'établir au détriment de la contusion abdominale.

TRAITEMENT.

Traitement médical.—Il consiste en un ensemble de moyens destinés à combattre les accidents généraux du shock et de l'hémorrhagie interne s'ils existent, à calmer la douleur présente, à immobiliser de toutes manières la région frappée ou les organes atteints, dans le but de favoriser la guérison naturelle, de prévenir les complications et enfin de les guérir si elles viennent à se produire. Stimulants, diverses injections de sérum, d'éther ou de caféine, repos absolu, diète, glace intus et extra, opium sous toutes ses formes, médications variées en rapport avec les états morbides constatés, telles en sont les principales bases.

En face d'un shock très grave ou devant un cas très léger nous sommes unanimes à l'employer. Nous avons réussi, les uns et les autres, à obtenir ainsi la cure de déchirures assez étendues du foie, de la rate et surtout du rein. Mais l'accord cesse aussitôt en présence des cas douteux.

Et c'est ici que s'élève la discussion, à laquelle prennent part bon nombre de chirurgiens, Le Dentu en tête.

Sauf, dit-il, le cas de rupture des reins ou de la vessie, le diagnostic direct des lésions viscérales causées par les contusions abdominales est soumis à de nombreuses chances d'erreur.

En face d'un cas douteux, que faire ?

Les uns ne veulent que du traitement purement médical ;—une deuxième catégorie " expectation armée " refusent d'intervenir chirurgicalement tant que la péritonite ne se sera pas montrée franchement, ou que le collapse ne sera pas imminent ;—les autres enfin font la laparotomie dès l'abord si les symptômes sont le moindrement graves.

Le Dentu soutient que la laparotomie purement exploratrice est justifiée toutes les fois que les éléments de diagnostic sont insuffisants pour fournir une certitude approximative, et que les circonstances permettront d'admettre à priori la possibilité de lésions viscérales. L'intervention devra être aussi hâtive que possible, mais, à moins d'hémorrhagies nécessitant une action immédiate, il

sera bon en général de laisser au blessé une ou deux heures pour se relever un peu d'un shock initial très violent.

***

Une des séances, assez mouvementée d'ailleurs, et qui nous a fort intéressé, fut celle où l'on discuta le traitement du mal de Pott.

Calot—le chirurgien de Berck que son traitement des gibosités a placé en vue relativement depuis peu—ouvre la séance par un rapport avec quelques observations nouvelles et présente une série de planches photographiques, illustrant plusieurs cas, avant, pendant et après traitement. Il n'admet dans le mal de Pott d'autre intervention active que celle qui a pour but la correction de la difformité. S'attaquer à la paralysie ou à l'abcès par congestion (autrement que par les simples ponctions), c'est transformer le mal de Pott fermé en mal de Pott ouvert, dit-il. C'est d'ailleurs ainsi que se conduisent tous les chirurgiens sages en présence ou de la tumeur blanche du genou ou de la coxalgie, n'intervenant directement et activement que pour combattre les déviations.

En passant, je ferai remarquer que Phelps, de New-York, dont l'expérience en chirurgie orthopédique est large et vieille, diffère ici tout à fait avec le chirurgien de Berck. Combien de fois ne nous a-t-il pas répété à ses cliniques au Post-Graduate et au City Hospital : tumeurs blanches de la hanche ou du genou ? opérez, ouvrez dès que vous êtes certain d'être en présence d'un foyer purulent ; il n'y a rien à gagner à laisser séjourner ainsi du pus. Ouvrez, évacuez, *curetez, injectez Hl. Iodoformée au* 10 0/0, faites un pansement à la gaze antiseptique et *immobilisez* au plâtre de Paris.

Evidemment les sujets franchement tuberculeux à abcès multiples, à réaction fébrile marquée et déjà fort émaciés ne gagneront rien ou à peu près à ce traitement ; l'affection n'est plus ici locale, mais générale.

Chipault, qui suit Calot, engage la discussion sur la priorité d'un détail du traitement. Les chirurgiens qui suivent ne donnent rien de bien nouveau.

Docteur Eugène St-Jacques.

Paris, 24 octobre 1897.

DU ROLE DE L'INSUFFISANCE VALVULAIRE DE LA SAPHÈNE INTERNE DANS LES VARICES DU MEMBRE INFÉRIEUR

Par M. DELBET (Hôtel-Dieu).

M. Delbet, dans une leçon clinique, reproduite dans la *Semaine Médicale*, a développé cette donnée que l'insuffisance des valvules de la saphène interne jouait un rôle prépondérant dans la production des hémorrhagies et des ulcères qui accompagnent les varices. A l'appui de son dire il a présenté deux malades, atteints de rupture de varices des jambes, et chez lesquels il a fait constater à ses élèves que les valvules de la saphène interne étaient forcées. Voici comment il a procédé à cette constatation chez le premier malade.

Cet individu étant couché horizontalement, la saphène n'est pas dilatée, elle paraît vide. En tout cas elle se vide complètement quand on élève la jambe au-dessus du plan du lit. Mais si, la jambe reposant sur le lit, on prie le patient de s'asseoir, on voit la veine se gonfler. Elle se tend davantage encore si le malade se met debout. Ces premières expériences montrent que le sang obéit dans la saphène aux lois de la pesanteur, ce qui ne devrait pas avoir lieu si les valvules fonctionnaient bien.

M. Delbet a recouru à une seconde expérience encore plus satisfaisante. Le sujet étant dans le décubitus horizontal et la saphène étant vidée, avec le

pouce il a comprimé cette veine au niveau de son embouchure dans la fémorale, et tout en maintenant la compression il a fait lever le malade : tant que la compression a persisté efficace, la saphène est restée vide ; mais dès qu'on a cessé la compression, le vaisseau s'est brusquement rempli. Cela prouvait donc que la saphène se remplissait non pas de bas en haut dans le sens de la circulation, mais bien du haut en bas, c'est-à-dire en sens inverse. En examinant avec attention, on pouvait même voir en quelque sorte le sang tomber de la fémorale dans la saphène pour la remplir. Enfin si, cette veine étant remplie, on la percutait légèrement, suivant le conseil de M. Schwartz, on voyait l'onde déterminée par le choc se transmettre d'une manière également régulière dans les deux sens.

Il était donc évident que les valvules de la saphène étaient forcées chez ce patient.

Chez le second malade, à première vue il semblait inadmissible d'admettre que les valvules de la saphène fussent forcées, car cette veine était absolument invisible. Il est vrai qu'on pouvait la sentir ; elle devenait ferme et rénitente, quand le malade était debout, quand il faisait des efforts. Mais cette sensation était délicate à percevoir ; on pouvait discuter sa valeur. Aussi M. Delbet a voulu donner de l'insuffisance de ses valvules une démonstration qui fut irrécusable.

Le malade étant anesthésié à la cocaïne avant de procéder à la ligature et à la résection de la saphène, on a mesuré au manomètre la pression dans le bout central et dans le bout périphérique de cette veine.

A cet effet M. Delbet a dénudé, à la partie moyenne de la cuisse, la saphène, dont le volume était absolument normal. Il a d'abord introduit, dans le bout supérieur ou central du vaisseau sectionné, une canule qui communiquait par un tube avec un manomètre à mercure. Aussitôt que la canule à été mise en place, la malade étant assis, la colonne de mercure s'est élevée, et on a pu constater que la pression dans le bout supérieur de la saphène faisait équilibre à une colonne de 2 centimètres de mercure. Qu'aurait dû être la pression dans le bout central, si les valvules avaient fonctionné ? Elle aurait dû être nulle, c'est-à-dire égale à zéro. Or, elle était de 2 centimètres de mercure : cela suffisait à démontrer que les valvules de la saphène étaient forcées.

Le patient fut ensuite invité, non pas à se placer horizontalement, car par suite du dispositif de l'expérience la chose n'était pas possible, mais simplement à renverser le buste en arrière pendant qu'on le soutenait. Sous l'influence de ce léger changement de position, la pression s'est abaissée de 6 millimètres : elle est tombée à 14 millimètres de mercure. Puis le sujet étant debout, elle s'est alors élevée à 4 centimètres de mercure. Enfin, en le laissant debout, et sous l'influence de deux efforts successifs, la pression s'est élevée à 9, puis à 13 centimètres de mercure.

Ces expériences démontrent en premier lieu que les valvules de la saphène peuvent être forcées, alors même que le vaisseau ne présente aucune dilatation.

Elles permettent en outre d'apprécier par des chiffres précis les variations de pression qui sont la conséquence de l'insuffisance valvulaire.

Pour M. Delbet ces élévations de pression jouent un rôle considérable dans la pathogénie des ruptures des varices et des hémorrhagies qui les accompagnent.

Si l'on met de côté les ruptures de varices qui se produisent chez les femmts enceintes ou dans le coup de fouet, on peut dire que les ruptures vulgaires sont en général de très petites dimensions, si petites que lorsque la veine est affaissée on a de la peine à trouver l'orifice, qui souvent n'admet pas l'extrémité d'un stylet boutonné ordinaire. Comment un si petit orifice pourrait-il donner passage à une si grande quantité de sang si la pression était dans le vaisseau atteint ce qu'elle est dans une veine ordinaire ? L'hémorrhagie notable qui a lieu dans de telles conditions ne peut s'expliquer que par une augmentation de la pression. Cette augmentation existe réellement et, ce qui le prouve encore, c'est que tous ceux qui ont assisté à l'accident ont été frappés

de l'énergie du jet qui se produit alors. Or, cette augmentation de pression tient et ne peut tenir qu'à l'insuffisance valvulaire de la saphène.

M. Delbet pense que l'insuffisance valvulaire de la saphène joue aussi un rôle dans la production des ulcères variqueux.

Les ulcères variqueux diffèrent profondément des plaies ordinaires par leur évolution. On peut dire d'une plaie ordinaire qu'elle a toujours tendance soit à s'aggraver, soit à guérir : ou bien les éléments septiques l'emportent et des décollements se produisent, des lymphangites, des phlegmons, des adénites apparaissent ; ou bien les éléments septiques succombent et la plaie se cicatrise. Dans les ulcères variqueux, ni l'une ni l'autre de ces deux tendances opposées ne se manifeste nettement ; la tendance à la guérison est nulle, et on peut dire aussi que la tendance à l'aggravation est bien faible, car s'il est vrai que les ulcères variqueux gagnent en étendue, ils le font d'ordinaire avec une extrême lenteur et, d'autre part, il est très rare que ces ulcères deviennent l'origine de lymphangites ou de phlegmons.

A quoi tiennent ces deux caractères opposés ? Ils tiennent tous deux aux troubles de nutrition. Ceux-ci empêchent bien évidemment la guérison de s'effectuer, mais il est probable aussi qu'ils sont un obstacle au développement des lymphangites et des phlegmons, parce que le terrain qu'ils fournissent aux microbes est un mauvais milieu où leur virulence s'atténue.

En quoi consiste ce trouble de nutrition ? Nous l'ignorons. Mais à quoi est-il dû ? Quelle en est la cause, c'est-à-dire quelle est la pathogénie des ulcères variqueux ?

On l'a attribué à l'athérome artériel qui n'est pas rare dans ces cas. M. Delbet ne se rallie pas à cette opinion parceque varices et athérome artériel ne sont pas toujours associés. On voit nombre de variqueux qui ne sont pas athéromateux, et réciproquement beaucoup d'athéromateux ne sont pas variqueux.

La théorie nerveuse est très en faveur en ce moment ; elle fait dépendre les ulcères variqueux d'une névrite interstitielle.

M. Delbet ne nie pas l'existence de cette névrite, mais il conteste le rôle qu'on veut lui faire jouer. Il existe, dit-il, au membre inférieur un trouble trophique, type ; c'est le mal perforant, or il n'existe presque jamais avec les varices. D'un autre côté il n'y a pas, à sa connaissance, de lésion nerveuse qui soit capable d'entraîner des troubles trophiques, alors que les autres fonctions du nerf sont intactes : fonction motrice, fonction sensitive.

Dans les névrites bien avérées, les troubles trophiques ne vont pas sans troubles sensitifs. Si donc les ulcères variqueux sont dus à des névrites, ils doivent être associés à des troubles sensitifs considérables. Or, quand ils existent, ils sont bien légers, et ne portent guère que sur la sensibilité thermique. Pour toutes ces raisons M. Delbet pense que, si les lésions des nerfs jouent un rôle dans la pathogénie des ulcères variqueux, ce rôle n'est pas primordial.

Il y a un fait connu de tout le monde, c'est l'influence heureuse du repos au lit sur la marche des ulcères variqueux.

Cette action ne peut s'expliquer que par l'intermédiaire des modifications circulatoires imposées par le repos au lit ; il faut donc que les troubles de la circulation jouent un rôle capital dans la pathogénie de ces ulcères.

Tant que les valvules sont intactes la pression n'est pas augmentée, et la circulation se fait régulièrement dans les capillaires, agents principaux de la nutrition ; la différence d'action entre la station debout et le décubitus horizontal n'est pas bien grande. Or, cette différence est, au contraire, considérable dans ses effets sur les ulcères variqueux. Pour expliquer cette différence énorme il faut admettre qu'il existe de profondes modifications dans la pression veineuse et ces modifications ne peuvent se produire que si les valvules de la saphène sont insuffisantes.

Cette insuffisance valvulaire de la saphène agit de deux façons au point de vue de la pathogénie de l'ulcère variqueux. D'abord l'excès de pression qui se

produit dans ce vaisseau dès que le malade est debout ou qu'il fait des efforts se transmet par les veinules de la jambe jusqu'aux capillaires. A chaque instant cette pression devient dans la veine égale ou supérieure à ce qu'elle est dans les ramuscules artériels ; en conséquence, la circulation capillaire, dans les domaines qui sont tributaires de la saphène, c'est-à-dire dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané de la face interne de la jambe, ne peut plus se faire et la nutrition de ces tissus est par suite profondement troublée.

D'autre part le sang qui reflue à chaque effort dans la veine saphène, suit une direction centrifuge. Il chemine donc de haut en bas, du pli de l'aine vers le pied. En arrivant à la jambe il rencontre des anastomoses unissant le systême veineux superficiel au systême veineux profond. Dans ces anastomoses jambières, les valvules sont en général, disposées de telle sorte qu'elles permettent le passage des veines superficielles vers les veines profondes. Le sang contenu sous une grande tension dans la saphène ou ses branches va donc se diriger vers les veines tibiales ou péronières, et de là il sera ramené par la veine poplitée dans la veine fémorale. Mais au niveau de l'embouchure de la saphène, une partie du sang va refluer dans cette dernière et accomplir le même circuit. Il s'établit ainsi une sorte de circulus veineux dans lequel le sang perd de plus en plus ses propriétés vivifiantes : d'où une nouvelle cause de troubles nutritifs.

On ne doit pas estimer la force de la pression par le plus ou moins de dilatation des veines ; celle-ci n'est pas fonction de celle-là.

Il est une autre condition qui intervient et joue un rôle capital : l'état de la paroi veineuse. Avec une grosse pression et des parois résistantes, la dilatation sera minime ; avec une pression médiocre et des parois affaiblies, la dilatation pourra être énorme.

M. Delbert serait tenté de croire que le siège topographique primitif des varices n'est pas toujours le même, qu'il y a des varices à début jambier et des varices à début fémoral. Avec les premières, les veines de la jambe peuvent être très dilatées, bien que la pression ne soit pas notablement élevée, la saphène n'étant pas forcée. Avec les secondes, les mêmes veines peuvent être peu dilatées bien que la pression soit très augmentée, la saphène étant forcée.

On a coutume d'admettre trois degrés dans l'évolution des varices : 1° la dilatation simple ; 2° la dilatation uniforme avec épaississement ; 3° la dilatation inégale avec épaississements et amincissements. Cette division ne paraît pas juste à M. Delbet. Le premier degré des varices consiste, dit-il, non dans la dilatation, mais bien dans l'altération des parois. Aussi il propose de substituer à cette classification anatomo-pathologique, la suivante, qui est essentiellement clinique : *varices à grande tension* et *varices à faible tension.*

Les varices à faible tension sont celles dans lesquelles les valvules de la saphène fonctionnent bien. Ce sont des varices à début jambier. Elles entraînent peu de troubles fonctionnels; elles sont généralement bien tolérées.

Les varices à grande tension sont celles dans lesquelles la saphène est forcée. Elles débutent par la cuisse ou l'envahissent secondairement. Elles déterminent des troubles pénibles (sensation de pesanteur, œdème, crampes), des accidents graves (ruptures, ulcères) ; elles sont mal tolérées.

La conclusion de cette manière de voir, c'est que dans les varices à grande tension il faut remplacer les valvules qui manquent à la saphène pour empêcher le sang de refluer du haut en bas dans le vaisseau, et la colonne sanguine de peser de tout son poids sur les capillaires de la jambe. Le moyen pour arriver à ce but, c'est de sectionner la saphène entre deux ligatures ou d'en réséquer un segment.

Il ne faut pas demander à cette opération plus qu'elle ne peut donner. Elle ne guérit pas les varices ; cela est absolument impossible. La cure radicale des varices est un mythe, car on ne peut pas refaire les veines d'un membre ; mais la résection de la saphène transforme des varices à grande tension en varices à faible tension, c'est-à-dire des varices mal tolérées en varices bien tolérées, ce qui est déjà fort beau.—(*L'Abeille Médicale.*)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

TRAITEMENT DES TRANCHÉES UTÉRINES.

PATHOGÉNIE.— On donne le nom de tranchées utérines à des contractions douloureuses et intermittentes, qui surviennent chez les nouvelles accouchées. Les tranchées reconnaissent une double origine, elles sont dues tantôt à des causes *réflexes*, tantôt à des causes *mécaniques*.

I.— Au nombre des *causes réflexes*, il faut compter : toutes les excitations de la zone génitale ou de la zone mammaire : mouvements de l'accouchée se communiquant à l'utérus, succion du mamelon, etc. Pour Marotte, elles seraient la conséquence des crises aiguës de névralgie lombo-abdominale.

II.— Les *causes mécaniques* peuvent siéger :

A. En dehors de l'utérus : dans la zone péri-utérine on a noté l'influence qu'exerce la réplétion de la vessie et du rectum sur la production des coliques post-partum.

B. Dans l'utérus : la présence dans l'utérus d'un corps étranger quelconque, débris placentaires ou membraneux, caillot sanguin, etc., sollicite énergiquement les contractions du muscle utérin ; or ces contractions deviennent douloureuses quand elles agissent sur le col, et lorsqu'elles tendent à le dilater. C'est ainsi que les tranchées s'observent plus souvent et affectent plus d'intensité chez les femmes dont la contractilité utérine a perdu de sa puissance, chez les *multipares*, par exemple ; mais les primipares n'en sont pas absolument indemnes. Quand la cavité utérine a subi pendant la gestation une forte distension, du fait d'une hydropisie de l'amnios, ou d'une grossesse gémellaire, quand, pendant l'accouchement, le travail a été lent, accompagné d'inertie, ou encore lorsque le travail a marché fort rapidement et que la déplétion de l'utérus a été très brusque, dans l'un comme dans l'autre cas, l'utérus se rétracte incomplètement ; les *ligatures vivantes* ne jouent plus leur rôle fonctionnel, le sang provenant de la plaie placentaire s'accumule dans l'utérus, des caillots se forment et leur expulsion ne peut se faire qu'au prix de contractions douloureuses.

Pour se convaincre de l'exactitude de cette pathogénie, il suffit d'examiner une accouchée atteinte de tranchées : la main, placée sur l'hypogastre sent nettement l'utérus se durcir, se porter en avant, en même temps que la femme accuse une douleur plus ou moins vive, et immédiatement après on peut constater l'issue par la vulve d'une petite quantité de liquide sanguinolent ; une injection vaginale, donnée à ce moment, ramène fréquemment des débris solides plus ou moins volumineux.

Le plus souvent, grâce à leur peu d'intensité et à leur courte durée (24 à 48 heures d'ordinaire), ces coliques ne nécessitent aucun traitement ; cependant nous les avons vues, chez des femmes nerveuses en particulier, acquérir une activité intolérable, s'accompagner de vomissements, d'endolorissement de tout l'abdomen, de perte de sommeil, etc. Même en dehors de ces cas extrêmes, les tranchées ne doivent pas, nous semble-t-il, être considérées comme quantité négligeable ; l'accouchée qui les endure est déjà surmenée par un travail quelquefois long et pénible ; or on sait que le surmenage est un des facteurs les plus importants dans l'étiologie des infections microbiennes ; il est donc indispensable de permettre à cet organisme épuisé de prendre le repos dont il a besoin, pour mieux lutter dans la suite contre l'invasion des éléments septiques.

DIAGNOSTIC.—La double notion pathogénique que nous venons d'établir a une grande valeur au point de vue du traitement. Les tranchées d'origine réflexe réclament en effet une autre thérapeutique que les tranchées de cause mécanique.

Mais peut-on en clinique les différencier? Sans parler de l'examen minutieux des annexes, qu'il *faut* pratiquer immédiatement après la délivrance, et qui fera reconnaître que le placenta et les membranes ont été incomplètement expulsées, souvent l'aspect de l'utérus pourra donner une indication utile. Si, dans l'intervalle des contractions, l'utérus reste *dur et gros*. sans alternative de relâchement, la rétention de caillots ou de débris solides a de grandes chances d'exister. Ce phénomène, il est vrai, n'est pas constant. mais chaque fois que nous l'avons constaté, nous avons pu nous rendre compte, plus tard, qu'il était dû à la présence d'un corps étranger dans l'utérus.

TRAITEMENT.—Posons d'abord en principe qu'avant toute médication il sera nécessaire de vider la vessie, soit naturellement ce qui vaut mieux, soit par un cathétérisme, et d'administrer un lavement évacuateur.

I. *Tranchées d'origine réflexe.* Faut-il, à *titre prophylactique*, comme le le veulent Velpeau et Jouslin, administrer de l'ergot de seigle immédiatement après la délivrance? Faut-il, à l'exemple d'autres auteurs, pratiquer au même moment une injection intra-utérine? Ces deux moyens nous paraissent presque toujours inefficaces, souvent même dangereux.

Comme traitement *curatif*, c'est l'opium qui, sous toutes ses formes, a été le plus recommandé. La poudre de Dower (50 centigrammes en 3 fois), l'élexir parégorique (60 à 80 gouttes en 3 fois), les injections hypodermiques de morphine ont été employées très fréquemment. Mais le traitement classique par excellence des tranchées est le lavement laudanisé qui peut se formuler ainsi :

Eau bouillie	40 gr. (10 onces)
Laudanum	XV gouttes.

Ces préparations opiacées, surtout la dernière, réussissent le plus souvent à calmer les douleurs utérines, mais elles ont quelquefois l'inconvénient d'amener un peu de constipation ; aussi préfère-t-on, dans quelques cas, d'autres hypnotiques, tels que le chloral, le bromure de potassium et l'antipyrine. Ce dernier médicament jouit d'une faveur toute spéciale; nous l'avons souvent prescrit de la façon suivante :

Antipyrine	3 gr. (45 grains)
Sirop de bromure de potassium du Codex	30 gr. (6 drachmes)
Hydrolat de feuilles d'oranger	60 gr. (1½ once)

Chaque grande cuillerée contient environ 80 centigrammes (12 grains) d'antipyrine.

On peut l'administrer aussi sous forme de lavement :

Antipyrine	2 gr. (30 grains)
Eau bouillie	120 gr. (4 onces)

L'extrait de viburnum prunifolium, seul ou associé à d'autres substances, possède aussi une action sédative marquée :

Extrait fluide de viburnum prunifolium Extrait fluide d'hydrastis canadensis	ãã 15 gr. (3 drachmes)

XX gouttes toutes les deux heures dans une boisson chaude.

Il sera aussi utile d'appliquer sur le ventre des serviettes chaudes (*propres*) ; la plus élémentaire prudence conseille de laisser de côté le vieux et septique cataplasme.

II. *Tranchées d'origine mécanique.* Si le diagnostic de tranchées par *rétention* s'impose, rappelons d'abord que la vessie et le rectum doivent être évacués.

L'*expression utérine*, tentée dans l'intervalle des coliques, pourra, bien des fois, principalement dans les heures qui suivent l'accouchement, rendre de grands services en débarrassant l'utérus des caillots qu'il renferme.

Les *injections vaginales chaudes* entre 45° et 48° (e) agiront dans le même sens en faisant contracter le muscle utérin et en sollicitant ainsi l'expulsion des matières retenues. Leur action pourra être aidée par la potion à l'antipyrine déjà formulée.

Si ces moyens n'amènent pas le soulagement de la malade et la déplétion de l'utérus, si les coliques persistent avec la même intensité, on aura recours, mais seulement dans ces cas, aux *injections intra-utérines* faites avec prudence et à basse pression ; on verra le plus souvent, sous leur influence, les douleurs s'atténuer et le diamètre vertical s'abaisser, quand le corps étranger aura été entraîné au dehors par le liquide de l'injection.

Nous ne voulons pas insister sur les dangers que présentent parfois les injections intra-utérines, *non est hic locus* ; mais, en raison même de ces dangers, il faudra ne les employer qu'en dernier ressort et après l'insuccès des autres méthodes.—(*Rev. des mal. des femmes*).

J.-L. AUDEBERT.

Primipare à 8 1/2 mois de grossesse, atteinte d'œdème et d'albuminurie. Regime lacté et autres soins employés avec peu de résultat pendant plusieurs jours. Provocation du travail, forceps. Suites heureuses pour la mère et l'enfant.

Par M. le professeur CHARLES.

Nous avons insister dernièrement sur la nécessité du traitement prophylactique de l'éclampsie et nous avons conclu en disant : 1° il faut examiner les urines de toutes les femmes pendant les deux derniers mois de la grossesse au plus tard, surtout des primipares atteintes d'œdème ; 2° si l'on constate de l'albuminurie, on doit instituer un traitement en conséquence ; 3° en cas d'échec de ce traitement, il est indiqué de provoquer l'accouchement, qui nous a donné 100 0/0 de succès pour la mère et 75 0/0 pour l'enfant.

Voici un cas de cette dernière catégorie, observé dans notre service, il y a quelques mois.

Rosine L..., âgée de 22 ans, se présente à la Maternité le 20 avril dernier, à 10 heures du matin, parce qu'elle ressent de petites douleurs dans le ventre.

Elle est de taille moyenne, de tempérament lymphatique, bien conformée.

Elle a été réglée à 18 ans et depuis lors régulièrement tous les mois pendant 2 jours jusqu'en juillet 1895. Devenue alors enceinte, elle a eu une grossesse facile.

L'utérus est développé longitudinalement et son fond arrive à l'épigastre.

Le palper et l'auscultation indiquent que le fœtus se trouve en première position du sommet. Les doubles battements sont normaux, l'enfant est bien portant.

Le toucher indique, outre la primiparité, qu'il n'y a pas d'apparence de travail ; il y a peu de lubréfaction, le col est long et fermé. On ne constate du reste aucune contraction.

Les pieds et les jambes sont œdématiés, mais la femme ne sait depuis combien de temps.—Par la sonde on retire une certaine quantité d'urine claire, contenant 5 grammes d'albumine au tube d'Esbach.

Traitement : bain de propreté, régime lacté absolu, 15 grammes de sel anglais (qui donnent plusieurs selles).

Le lendemain 21 : plus de douleurs, lait exclusif ; grand bain chaud à 45°, suivi d'enveloppement dans des couvertures de laine (forte sudation pendant 2 heures). Trois grammes d'albumine.

Les 22, 23 et 24 on continue le régime lacté, les purgatifs (4 à 6 selles liquides par jour), les bains chauds suivis d'enveloppement pour amener une abondante diaphorèse.

Le résultat de ce traitement est assez piètre : l'œdème diminue, mais l'albumine oscille chaque jour entre 2 gr. 1/2 et 3 grammes, ne diminue donc plus. Le travail ne se manifeste pas. La malade se plaint de douleurs de reins pendant toute la nuit du 24 au 25 ; elle s'affaiblit du fait du régime et du traitement qu'elle n'accepte qu'à son corps défendant et qu'on ne pourrait guère continuer plus longtemps.

Dans ces conditions nous décidons de provoquer le travail, afin de soustraire sans nouveau retard la mère et l'enfant aux dangers qui les menacent l'un et l'autre.

On commence le 25 dans la matinée par deux bains de siège et deux irrigations vaginales chaudes à 45°, afin de commencer la dilatation du col (toujours clos). A midi, cône d'éponge préparée dans le col. Le soir, injection cervico-utérine de Kufferath, suivie bientôt de douleurs qui continuent la nuit. Encore deux bains de siège pendant cette nuit.

Le 26, le col est effacé et dilaté comme 50 centimes ; le sommet est engagé en G. A. L'œdème a presque disparu, mais l'urine contient 11 grammes d'albumine. De plus, la malade se plaint de céphalalgie et de nausées ; on lui passe deux lavements centenant chacun 1 gramme de chloral et 2 grammes de bromure de potassium.

Les contractions continuent et l'après-diner les eaux s'écoulent avec une dilatation de 2 francs.

Pendant toute la journée, on alterne les bains de siège et les irrigations cervicales.

A 9 heures du soir, dilatation comme une petite paume de main ; contractions très énergiques toutes les 5 minutes.

On continue pendant la nuit les bains et les injections, afin de ne pas laisser disparaître les contractions. On ausculte fréquemment pour s'assurer du bon état de l'enfant.

Le 27, à 6 heures du matin, la dilatation est enfin complète et l'on peut faire pousser la patiente.

Le sommet descend lentement ; il arrive à 9 h. 1/2 au bas de l'excavation. A ce moment, on constate que le liquide amniotique qui sort au moment des contractions est souillé de méconium. L'enfant souffre donc et doit être extrait sans retard.

Vers 10 heures, on chloroforme la femme et nous appliquons le forceps, qui permet d'amener bientôt à l'extérieur, un enfant bien portant du poids de 2.890 grammes et mesurant 49 cent. Il respire et crie sans se faire prier.

De suite après la sortie du nouveau-né, la mère est prise d'un frisson assez intense, mais qui ne dure que 2 à 3 minutes (grog chaud et couvertures).

La délivrance s'effectue normalement 20 minutes plus tard. Le placenta offre plusieurs petites plaques de dégénérescence (infarctus blanc de l'albuminurie) ; il y a en outre deux petits îlots séparés de la masse principale (placentas succenturiés).

La tête de l'enfant est peu volumineuse ; le diamètre B. P. n'a que 8,8 ; le B. T., 7,6 ; O. F., 12 ; O. M., 13.

Les *suites de couches* ont été absolument régulières ; le 1er jour il y avait encore 9 gr. d'albumine dans les urines. mais dès le lendemain il n'y en avait plus que 1/2 gr. et le 3e jour à peine des traces ; l'œdème était complètement disparu à ce moment.

L'enfant, mis au sein le lendemain de sa naissance, pesait 3.000 gr. le 5e jour et 3.110 gr. le 10e. Le cordon simplement entouré d'ouate hydrophile est tombé le 5e jour.

Réflexions—Il est certain que les sceptiques pourront toujours soutenir que les convulsions ne seraient peut-être pas arrivées. Mais quand on assiste souvent aux scènes terribles de l'éclampsie (comme nous en avons encore vu deux dans la dernière quinzaine, l'une suivie de guérison de la mère et de l'enfant et l'autre de la mort de tous les deux) ; lorsqu'on sait d'après nos statistiques qu'une femme sur trois albuminuriques est atteinte de cette grave maladie qui emporte plus du quart des mères et près de la moitié des enfants ; si l'on constate dans un cas donné le peu de résultat du traitement antialbuminurique et par le fait même l'imminence du péril, on serait coupable d'hésiter plus longtemps à provoquer l'expulsion du fœtus, qui n'est ni difficile ni dangereuse et sauve toutes les mères et les trois quarts des enfants.

(*J. d'acc., de Liège.*) (*Journ. des Sages-Femmes.*)

M. le Dr Rottot.

M. le Dr Rottot est entré dans sa cinquantième année de pratique. Ses collègues et confrères, voulant témoigner leur appréciation des qualités professionnelles qui distinguent le Dr Rottot, avaient pensé fêter cet anniversaire en se réunissant autour d'une table de banquet. Mais, le Dr Rottot, avec cette modestie et cette délicatesse excessives qu'on lui connaît, s'est dérobé à toute manifestation publique de sympathie, tout en témoignant de sa profonde reconnaissance pour la flatteuse attention de ses collègues et amis. Le dévoué professeur n'a pas pu éviter, cependant, une autre démonstration qui l'a profondément touché. Un matin, qu'il entrait à l'amphithéâtre donner sa clinique, les étudiants de la Faculté l'ont accueilli avec des applaudissements prolongés, et lui ont remis, en souvenir de son anniversaire, une médaille d'or commémorative. Cette jolie démonstration fait honneur à messieurs les étudiants.

Le nouveau Bill des médecins.

Nous attendons de nouveaux renseignements pour parler du Bill qne nos gouverneurs présentent à Québec : on nous a tenu tellement dans le mystère, que nous ne saurons pas grand chose tant qu'il n'aura pas été discuté devant la Chambre. On s'y occupe, paraît-il, des charlatans. Nous serons les premiers à applaudir à un mouvement de cette direction. On nous parle d'un conseil de discipline qui aurait les plus grands pouvoirs ; ceci est plus grave, attendons. Quant au projet de donner à Montréal deux représentants de plus, les médecins de la province en comprennent tellement l'injustice, que ceux du district de Joliette ont signé une pétition, qu'ils ont confiée au député du comté, M. Tellier, demandant à la législature de ne pas accorder cette augmentation, et demandant en plus le droit pour chaque district d'élire ses représentants. Voilà deux ans que l'*Union Médicale* écrit dans ce sens.

La résolution votée par le Bureau des Gouverneurs au sujet des médecins attachés aux sociétés de bienfaisance n'aura pas de suite, d'après ce que nous apprend notre aimable confrère, la "Clinique." Ce changement subit nous paraît pour le moins singulier. Espérons que la "Clinique" voudra bien nous faire sortir, nous et nos lecteurs, du pays des inconnus.

REVUE D'HYGIÈNE

NOTES SUR LA DÉSINFECTION DES CHAMBRES PAR LA FORMALDÉHYDE [1]

Par WYATT JOHNSTON, M. D.

Bactériologiste du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

(Avec la collaboration de D. D. MacTaggart, M. D.)

C'est étonnant comme nous connaissons peu ce qui se passe véritablement dans la désinfection habituelle des chambres par les diverses méthodes, comparé à ce que nous savons des divers phénomènes que l'on rencontre dans des conditions expérimentales plus précises.

Nous avons pensé que, en trouvant un procédé simple et suffisamment constant pour contrôler la désinfection des chambres, procédé qui pourrait alors être employé par des officiers de santé dans l'exercice de leurs fonctions habituelles, nous pourrions obtenir des renseignements importants d'une grande utilité dans le choix des méthodes à suivre.

J'ai imaginé dans ce but, pour le Conseil d'Hygiène de la Province de Québec, un outillage qui permet d'enfermer des objets d'épreuve infectés (bouts de caoutchouc trempés dans des cultures en bouillon et séchés) dans des sacs de mousseline de couleur différente, et de s'en servir pour juger le degré de pénétration des vapeurs désinfectantes. L'emploi de ces sacs peut être confié à des personnes peu renseignées. On place un paquet rouge à l'air libre, près de la source de désinfection, un paquet jaune éloigné de cette source ; on met un paquet vert, légèrement enveloppé, dans une poche d'habit ; enfin on enveloppe profondément un paquet bleu dans une couverture, ou un matelas. On peut laisser sur l'enveloppe des paquets des espaces en blanc pour y inscrire certains détails, tels que l'espace cubique, la quantité de désinfectant employée, etc..... Les couleurs et l'emploi d'une fermeture en métal pour les paquets permettent de constater l'action décolorante ou ternissante du désinfectant. Cette action existe invariablement avec la fumigation au soufre, et jamais avec la formaldéhyde. Nous avons, l'année dernière, desinfecté un grand nombre d'habitations élégamment meublées, et aucune détérioration n'a été imputée à la formaline.

Pendant que nous imaginions cet outillage, nous avons reçu des conseils utiles du Dr W. H. Park de New-York.

Nous avons constaté que pratiquement cet outillage répondait bien à son but. Nous avons surtout employé, comme organisme d'épreuve, le *staphylococcus aureus ;* lorsqu'il s'agissait de la vapeur, nous n'employions que des cultures de spore. Nous avons trouvé qu'il valait mieux, à cause des pouvoirs inhibitoires considérables de traces même légères de formaline, neutraliser les objets d'épreuve avec la vapeur d'ammoniaque en grande quantité avant de faire les cultures ou de laisser plusieurs heures s'écouler.

Cet outillage est très utile pour l'épreuve de la désinfection par la vapeur ou les gaz. On peut faire l'épreuve des solutions antiseptiques d'une manière

(1) Travail lu devant l'Association Médicale Britannique à Montréal, Sept. 1897.

simple en faisant tremper les tampons montés qui ont servi à prendre les cultures dans la gorge dans des cultures en bouillon, ou des liquides contenant le microbe d'épreuve Lorsque ces tampons ont séché, on les laisse séjourner le temps voulu dans les solutions antiseptiques qu'on veut éprouver, puis l'on essaie de faire des cultures sur bouillon ou sérum. On devra enlever toute trace de la substance désinfectante soit en lavant dans l'eau stérilisée soit en faisant tremper dans une solution neutralisante. (ammoniaque, sublimé, etc.) afin d'empêcher qu'aucune action inhibitoire ne simule une action germicide réelle. Les résultats que l'on obtiendra de cette manière donneront probablement une meilleure idée générale de ce qui se passera dans la pratique ordinaire que les résultats obtenus par des méthodes d'épreuve plus compliquées et plus exactes.

Nous énumérerons comme suit les desiderata de la désinfection des chambres:

1. Efficacité, surtout en ce qui regarde la certitude du résultat dans des conditions données. L'incertitude d'action du gaz sulfureux est un grave embarras.

2. Inocuité pour les effets désinfectés.

3. Coût. Ce dernier item doit comprendre non seulement la dépense immédiate pour la substance désinfectante, mais encore le coût de l'appareil, le personnel, les moyens de transport, etc...

Les méthodes généralement employées sont la désinfection à l'aide de solutions et par la fumigation au soufre ou à la formaline, et avec la vapeur lorsque les objets demandent de la pénétration. La fumigation préliminaire, pour désinfecter les surfaces des objets qui doivent être transportés pour être soumis à la vapeur, est une protection, mais cause du retard.

Ce que j'ai à dire maintenant regarde l'emploi de la formaldéhyde.

On sait très bien que les solutions de cette substance sont des désinfectants puissants et rapides, et ses vapeurs ont montré une puissance de pénétration considérable. Si l'action n'est pas aussi rapide qu'avec la vapeur, elle est de beaucoup plus certaine que celle du gaz sulfureux et n'a aucune tendance à détruire les objets

J'ai surtout employé, pour la désinfection des chambres, des appareils générateurs par lesquels le gaz est dégagé sous pression d'un mélange à parties égales de formaline et d'une solution à 20 0/0 de chlorure de chaux. Nous avons trouvé le petit appareil construit par la *Sanitary Construction Co.*, de New-York, et qui coûte $13 à Montréal, le plus favorable, après avoir essayé nombre d'autres dont une partie seule avait donné des bons résultats.

Dans un modèle plus récent qui coûte $27.50 à Montréal, on a fait disparaître le danger occasionné par la pression. La vapeur est surchauffée en passant, sans pression, dans un labyrinthe ou spirale (*coil*) en cuivre. Cette innovation paraît reposer sur un principe exact ; mais le nouvel appareil lui-même coûte inutilement cher et pourrait être simplifié avec avantage. L'affirmation que, dans cet appareil à pression au chlorure de chaux, toute la formaldéhyde effective se dégage du radiateur pendant la désinfection est fausse. Nous avons obtenu de bons résultats même avec le résidu qui demeure dans la chambre après la fumigation.

Mon expérience des lampes à formaldéhyde est moins satisfaisante. Leur action me semble incertaine, et une certaine quantité de vapeur d'alcool méthylique s'échappe sans être modifiée à mesure que le tirage de la lampe augmente. Quant à la pénétration, cependant, les résultats ont été, lorsqu'on employait les lampes dans un espace clos et petit, plus satisfaisants qu'on aurait pu s'y attendre après les résultats obtenus dans les chambres ordinaires.

Nous avons constaté qu"il était préférable d'employer des quantités de formaldéhyde plus considérables que celles généralement conseillées ; et nos

résultats, désappointants au premier abord, devinrent très satisfaisants quand nous employâmes 1 livre de formaldéhyde par 1000 pieds cubes ou une pinte d'alcool méthylique pour le même espace et quand nous prolongeâmes la durée du jet de vapeur 1 et 3 heures Nous constatons que d'autres expérimentateurs, qui d'abord conseillaient l'emploi de quantités plus petites, maintenant en recommandent de plus grandes. La plupart de ceux qui rapportent de mauvais résultats de l'emploi de la formaldéhyde emploient cet agent en petites quantités. Ceux qui obtiennent des résultats dont l'efficacité est surprenante se servent habituellement de méthodes de culture qui n'excluent pas tous les effets inhibitoires.

Le coût pour désinfection privée n'est pas très considérable au taux de 25 à 30 centins la livre pour 1000 pieds cubes ; et quoique le prix serait relativement élevé dans la pratique municipale, il n'est pas du tout inabordable.

Nous avons réussi dans presque tous les cas, en employant cette quantité, à obtenir la stérilisation des objets exposés à l'air libre, et celle d'une bonne proportion des objets légèrement couverts, si on les plaçait dans les poches, ou entre les draps de lit et les oreillers. Mais les objets d'épreuve placés dans les couvertures ou les matelas n'étaient pas stérilisés par la fumigation de la chambre.

Nous avons à traiter, dans une chambre de malade ordinaire, plusieurs classes d'objets.

1o Surfaces et rideaux relativement accessibles aux vapeurs.

2o Tapis et draperies, moins accessibles.

3o Couvertures, matelas et oreillers, dont la pénétration est difficile.

La désinfection dans une chambre ordinaire des articles des seconde et troisième classes demande nécessairement un excès de vapeur avec gaspillage consécutif.

On obtiendra, avec une chambre plus hermétiquement close, une pénétration plus grande de la vapeur avec une quantité moindre de substance.

Le procédé de pénétration par vacuum ne paraît pas agir avec autant de rapidité que lorsqu'il s'agit de la vapeur. Nous avons pu obtenir en 2 heures la stérilisation complète des objets d'épreuve placés dans une couverture bien roulée, en employant un vacuum de 15" suivi par une pression atmosphérique de 10 livres. Dans l'appareil employé, cependant, il fallut chauffer incidemment la double paroi de protection (steam jacket) pour obtenir le vacuum, et l'on sait que l'action de la formaldéhyde augmente en proportion de la température.

Dans tous les cas, l'emploi du vacuum n'établit pas la pénétration en quelques minutes comme le fait la vapeur.

On obtient une pénétration satisfaisante en dirigeant la vapeur dans des placards ou valises où l'on a paqueté les objets, pourvu qu'on emploie un excès de vapeur. Coller les fentes ou fissures de la chambre ne paraît pas faire de différence. Bien qu'il faille ne laisser aux murs de la chambre aucune fissure ou prise d'air considérable, nous avons trouvé plus rapide et moins ennuyeux de produire un excès de vapeur que d'obturer ces fissures.

J'ai consacré une partie de mes recherches à obtenir une chambre ou réceptacle portatif d'un emploi aisé pour la désinfection des chambres. Une chambre de 30 pouces x 30 x 60, en tôle galvanisée, était suffisamment légère pour être transportée (avec quelque difficulté) sur un brancard par deux hommes, et pouvait être fermée suffisamment pour donner un vacuum de 2 à 3 pouces. En pratique courante, on a trouvé cet appareil trop massif, ne pouvant pas, pour sauver dutemps, le transporter à deux endroits le même jour. La désinfection en plein air est hors de question avec l'hiver canadien.

Dernièrement j'ai essayé l'emploi d'une tente ou baldaquin où l'on plaçait les articles exigeant une grande pénétration. Le gaz amené sous cette tente par un tube de caoutchouc avait une pénétration plus grande, et il s'en échappait

par en dessous une quantité suffisante pour stériliser dans la chambre les surfaces exposées.

Ma dernière tentative dans cette direction a été de fabriquer des sacs imperméables à l'air ou au gaz. En employant de la grosse toile émaillée (enameled duck), et plaçant près de l'ouverture un bout libre qui peut se rouler avec un bout correspondant du couvert, la fermeture est suffisamment hermétique, bien que susceptible d'amélioration. Un arrêt forcé dans mes recherches ne m'a pas permis de faire un essai complet de cet appareil avant cette réunion, (1) mais il me paraît mériter d'être mis à l'essai, et donnera vraisemblablement de bons résultats quand on l'emplira de vapeur après y avoir placé des objets trempés dans des solutions de formaline. On pourra humecter comme il faut les tapis, matelas, oreillers et les placer dans le sac ; et quand les objets ne pourront pas être trempés directement, on y mettra des linges mouillés. Les effets de la vaporisation seront certainement de beaucoup diminués par cette méthode. Jusqu'à quel point sera-t-elle utile dans la désinfection des chambres, je ne puis pas encore le dire. Mais je suis persuadé de prime abord qu'une méthode permettant de désinfecter tous les objets de la chambre du malade sans nécessiter leur transport est fort désirable pour les municipalités n'ayant ni grand appareil à désinfection ni personnel suffisant, et que même dans les villes, on fera des économies en abolissant la nécessité du transport.

Pour ce qui regarde les solutions désinfectantes, celle que je préfère est la formaline, employée, comme le conseille A. C. Abbott, avec une pompe à jet. La solution à ½ ou 1 pour cent me paraît suffisante, et le prix de revient ne dépasse pas 2 centins par gallon. La pompe que l'on emploie coûte peu, ne pèse guère, et semble aussi effective que le vaporisateur lourd et dispendieux que l'on vend pour cet usage.

Le public a besoin de notions plus précises sur le *coût effectif* des différentes solutions désinfectantes, c'est-à-dire le coût d'une quantité donnée d'une solution à force suffisante pour être effective. Je crois que l'adoption d'un degré d'efficacité, disons le degré suffisant pour détruire le *staphylococcus aureus* en 10 minutes, serait très utile pour l'efficacité de la désinfection des maisons.

Le coût effectif de plusieurs désinfectants bien connus, quand on emploie les quantités requises pour la désinfection privée, est à peu près le suivant :

Acide carbolique.....	1- 30,	coûte	7	centins	le litre.
Sublimé.....	1-1000,	"	¼	"	"
Formaline.....	1- 100,	"	½	"	"

Cette solution de formaline à 1-100 est considérablement plus active que la solution de sublimé à 1-1000, si l'on en croit les autorités récentes sur le sujet (Le Dentu, Congrès de Moscou, 1897). Sa puissance d'action serait de 20 fois supérieure, ce qui nous paraît être un chiffre exagéré. J'ai trouvé la solution à ½ pour cent suffisante pour la désinfection ordinaire, et cette solution coûte alors le même prix que le sublimé.

Bien peu réalisent la perte d'argent qu'entraîne l'emploi de l'acide carbolique. Les marques inférieures de cette substance ne contiennent pas pratiquement de phénol.

Toutes choses égales d'ailleurs, je crois qu'on doit donner la préférence aux substances qui ne sont pas toxiques.

Pour ce qui s'agit des indications de la vapeur de formaline dans la désinfection des marchandises qui peuvent être altérées par la désinfection à la vapeur, je dirai simplement que, dans ces circonstances, la formaline est un agent précieux, qui nous rend de grands services là où nous n'avions aucune méthode sûre.

---

(1) 65e réunion de l'Association Médicale Britannique.

Quant à savoir si la poussière des murailles et des crevasses est entièrement stérilisée par la fumigation, tous les hygiénistes s'accordent à dire que la fumigation ordinaire suffit à faire disparaître le danger d'infection par les surfaces exposées, autant du moins qu'on peut en juger par l'étude des faits épidémiologiques.

LES PREUVES DE L'EFFICACITÉ DE LA VACCINATION.

Le rédacteur du *British Medical Journal* publie sur ce sujet, dans le numéro du 27 novembre, un article très intéressant et très documenté. C'est une analyse du rapport de la Commission Royale chargée de faire une enquête sur les épidémies de variole qui ont dernièrement visité plusieurs villes importantes de l'Angleterre. Ce rapport vient d'être terminé, et ce qui frappe le plus le lecteur en le parcourant, c'est que, à quelque point de vue que les commissaires se soient placés, et quels que fussent les faits analysés par eux, ils sont toujours arrivés à la même conclusion : la vaccination est un moyen de protection efficace et nécessaire. On comprend l'importance d'une pareille constatation dans un pays où cette efficacité de la vaccination est encore contestée par un groupe de gens qui diminue de jour en jour, mais qui n'en fait pas moins de bruit pour cela. Devant le rapport précis et impartial rédigé par la Commission Royale, rapport dont toutes les conclusions sont en faveur de la vaccination, les *anti-vaccinateurs* vont se sentir passablement gênés, surtout si leurs préjugés leur permettent d'ouvrir les yeux à l'évidence.

Citons le passage suivant de l'article du *British Medical Journal* :

" La Commission a constaté que, si l'on pose la question suivante : La mortalité par la variole a-t-elle diminué depuis l'introduction de la vaccination ? la réponse est affirmative. Si la question est celle-ci : Dans les maisons envahies par la maladie, la variole fait-elle une distinction entre les habitants vaccinés et ceux qui ne le sont pas ? la réponse est encore affirmative ; les personnes vaccinées ont échappé à la maladie, et les personnes non vaccinées ont été atteintes dans une mesure hors de toute proportion avec leur nombre relatif dans la population. Si l'on se demande : La variole fait-elle la même distinction, dans la population atteinte, que dans les maisons infectées ? la réponse est la même. Lorsqu'on s'est demandé, au sujet de certaines classes de la population (postillons, hommes de police, nurses, etc.), si ces gens, qui sont tous revaccinés, étaient protégés d'une manière spéciale, comparés aux personnes non vaccinées ou non revaccinées habitant les mêmes localités, la réponse encore a été affirmative. Lorsqu'on s'est demandé si la variole, qui était autrefois une maladie de l'enfance, comme le sont aujourd'hui la rougeole ou la coqueluche, a depuis la vaccination respecté dans une grande mesure les jeunes enfants, et a porté ses attaques à des périodes plus avancées de la vie, alors que l'immunisation vaccinale a plus ou moins disparu, la réponse a été une fois de plus un énergique " Oui." De même, losqu'on a cherché à savoir si, parmi les personnes atteintes de variole, les vaccinées d'autrefois ont moins souffert que les non vaccinées, si elles ont eu des attaques plus bénignes, si la mortalité a été moindre, la réponse a été toujours la même. Encore, lorsqu'on a cherché si une vaccination bien faite, complète, est une protection plus grande qu'une vaccination incomplète ou mal faite, la réponse une fois de plus s'est rangée du même bord que toutes les autres. Ces preuves cumulatives, corroborées de part et d'autres, se sont amoncelées devant la Commission, et leur force est mise davantage en évidence en face des efforts et du temps vainement dépensés par les adversaires de la vaccination, qui cherchaient quelque réfutation probante à leur opposer."

Il était difficile, en effet, de réunir une série de preuves plus convaincantes. Et ces preuves ont d'autant plus de valeur qu'elles n'ont pas été collectionnées par les médecins du gouvernement ou des Conseils d'Hygiène, mais par des médecins n'ayant aucune attache officielle et nommés spécialement par la Com-

mission. Ces médecins ont fait rapport sur les épidémies de Leicester, Warrington, Gloucester, Londres, Glasgow, Manchester, Oldham, Leeds, etc..., et quelques faits saillants de leurs rapports méritent d'être signalés.

Un fait d'abord qui tend à prouver que la vaccination, pour être efficace, doit être bien faite (ce qui semblera naturel à tout le monde). Le Dr Luff a constaté, à Londres, que les personnes, déja vaccinées, atteintes de variole, portaient des cicatrices de mauvaise nature, qui indiquaient une opération mal faite ou incomplètement faite. Ceci rend bien compte de l'inefficacité de leur vaccination.

Mais là où la vaccination a été négligée, l'enseignement est encore plus caractéristique. C'est ce que nous voyons, par exemple, à Leicester et Gloucester Ces deux villes avaient négligé, dans ces dernières années, la pratique de la vaccination, de sorte que 80 0/0 de la population à peu près y avaient échappé. Aussi, la marche de l'épidémie, dans ces deux villes, fut-elle très rapide, surtout à Gloucester, où elle entra dans les écoles et trouva là des enfants n'ayant jamais été vaccinés qui lui fournirent une proie facile.

A Leicester, les autorités couronnèrent leur négligence antérieure par un acte de stupidité incroyable. Les cas de variole apportés à l'hôpital civique ayant transmis la maladie dans le quartier des scarlatineux, on résolut de consacrer entièrement l'hôpital au traitement des varioleux, et l'on renvoya chez eux tous les cas de scarlatine non contagionnés. Le résultat fut une épidémie formidable de scarlatine, atteignant plusieurs milliers d'enfants qui avaient échappé à la variole.

A Warrington, nous avons un exemple plus consolant de ce que peut faire une mesure sage appliquée à propos. La variole ayant commencé à se propager parmi les employés d'un grand établissement de métallurgie, le comité chargé de distribuer les fonds aux ouvriers malades décida qu'à partir de telle date, tous les ouvriers qui n'auraient pas été vaccinés ne recevraient aucune paye s'ils tombaient malades. Comme résultat, 1400 ouvriers se firent vacciner, et la maladie avait pratiquement cessé parmi eux au bout de quinze jours. Les quelques cas qui eurent lieu ensuite survinrent chez des ouvriers non vaccinés admis dans l'intervalle à l'établissement.

Le Dr Sidney Coupland, dans son rapport sur Leicester et Gloucester, signale un fait bien connu des hygiénistes. Quand une épidémie prend une extension trop considérable, il devient impossible de la contrôler. C'est ce qui arriva à Gloucester. Ceci fait voir la nécessité absolue qu'il y a de prendre, dès le début, des mesures complètes et rigoureuses, pendant que l'isolement, la quarantaine, la désinfection sont encore possibles, et de ne pas hésiter ou attendre que l'épidémie soit devenue incontrôlable. Et c'est ici qu'apparaît l'importance du rôle de l'officier de santé, qui porte toute la responsabilité du diagnostic à établir et des premières mesures à prendre. Leicester avait un bon officier de santé, énergique dans ses ordres, ponctuel et infatigable dans ses inspections, et pas un seul instant la ville ne perdit le contrôle de l'épidémie.

Cette importance du diagnostic précoce est signalée par plusieurs rapporteurs (Dr Coupland, Dr Savill). A Glasgow, à Liverpool, à Leeds, l'épidémie débuta par des cas non diagnostiqués, ce qui lui permit de prendre une avance considérable sur les autorités sanitaires.

Signalons un dernier fait établissant les bons résultats de la revaccination en temps d'épidémie. A Warrington, quand la maladie débuta, à peine 2.7 de la population avait été revaccinée; mais par contre la revaccination avait été pratiquée sur les 800 soldats de la garnison, moins un. Hors, bien que ces soldats fussent tout le temps de l'épidémie en contact avec la population, le seul qui eut la variole fut le soldat non revacciné.

Ce rapport de la Commission Royale est donc plus convaincant que toutes les théories soutenues par les hygiénistes, puisqu'il est basé sur l'analyse seule des faits; l'évidence des faits a toujours plus de poids, dans la recherche de la vérité, que le bien fondé des théories.

Ce qui s'est passé à Montréal, pendant la légère épidémie que nous avons eue cet été, confirme pleinement les faits constatés par la Commission Royale. Sur les 27 cas de variole signalés jusqu'à aujourd'hui, 12 n'avaient jamais été vaccinés, et 12 avaient été vaccinés lorsqu'ils étaient enfants, c'est-à-dire de 9 à 37 ans avant la date de l'épidémie. De ces 24 personnes, dont plus de la moitié avaient atteint l'âge de raison, pas une seule n'avait été revaccinée. Les trois derniers cas, âgés de 3, 4 et 16 ans, avaient été vaccinés depuis peu, mais trop tard, de 4 à 10 jours seulement avant la sortie de l'éruption, c'est-à-dire lorsque la contagion s'était déjà faite, puisque l'incubation dure quatorze jours. On voit donc qu'aucune des personnes atteintes par la variole n'avait été vaccinée ou revaccinée dans la période règlementaire de sept années, qui est la durée moyenne attribuée à l'efficacité de l'immunisation par la vaccine.

Si l'on étudie les cas de mort survenus durant cette épidémie, on constate que la mortalité a été plus grande parmi les personnes non vaccinées, et que celles qui l'avaient été déjà, bien que ce fut à une époque trop éloignée pour donner une immunisation encore efficace, n'en ont pas moins été épargnées davantage. C'est ce que prouve la statistique du Conseil Provincial d'Hygiène, que M. le Dr Beaudry a bien voulu nous communiquer. Douze personnes n'avaient jamais été vaccinées lorsqu'elles étaient enfants ; trois sont mortes, sept ont guéri. Deux enfants, vaccinés depuis neuf ans, ont guéri. Enfin, des trois enfants vaccinés pendant la période d'incubation de la variole, un seul a succombé. Ces chiffres sont donc en faveur de la vaccination, même éloignée, et il n'y a aucun doute qu'ici la revaccination eut limité bien davantage, sinon empêché l'épidémie.

Comme l'a pleinement démontré l'enquête de la Commission Royale anglaise, la vaccination et la revaccination sont des mesures efficaces et nécessaires.

Vient de paraître

DR JAQUET.—**L'alcoolisme,** par le DR JAQUET, Privat-docent à l'Université de Bâle. N° 5 de l'*Œuvre médico-chirurgicale.* Dr Critzman, Directeur.) 1 brochure in-8 (MASSON et CIE, éditeurs)..... 1 fr. 25.

Cette question de l'alcoolisme est une des plus actuelles et des plus ardentes ; au point de vue social, elle est pour le moins aussi importante qu'au point de vue purement médical. Il fallait donc, pour donner à une étude sur l'alcoolisme toute la compétence et toute l'ampleur voulues, un médecin doublé d'un chimiste et d'un sociologue. Par ses travaux antérieurs sur l'alcool et l'alcoolisme, par les études chimiques qu'il fit dans le laboratoire du célèbre Bunge, le Dr Jaquet remplit admirablement ces conditions et était tout indiqué pour traiter de main de maître cette importante question. Nous ne pouvons que féliciter l'*Œuvre médico-chirurgicale* d'avoir enrichi son intéressante collection d'un travail supérieurement conçu, et qui répond à un problème d'une si inquiétante actualité.

Constatation du microbe du rhumatisme (Thiroloix) à l'autopsie d'un sujet mort du rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endo-péricardite et de chorée.—MM TRIBOULET, COYON et ZADOC ont recueilli dans le service de M. le Dr Variot, à l'hôpital Trousseau, une observation de rhumatisme avec chorée. A l'autopsie, l'examen bactériologique leur a permis de contrôler d'une façon complète les recherches de M. Thiroloix sur la bactériologie du rhumatisme.

Cette observation, déjà fort importante comme venant la première à titre de contrôle, prend un intérêt plus spécial encore du fait de la coïncidence, chez le sujet observé, d'un rhumatisme et d'une *chorée.* De semblables constatations, si elles se reproduisent, et s'il peut s'y ajouter le fait de la présence *in situ* dans les centres nerveux du microbe signalé, fixeront enfin cette question, encore douteuse pour bon nombre d'auteurs, des rapports étiologiques si saisissants de la chorée avec le rhumatisme.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - *Dr J. B. A. LAMARCHE*

Rédacteur en chef : - *Dr E. P. BENOIT*

MONTRÉAL, DÉCEMBRE 1897

ART DENTAIRE

Sous la direction du Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien-dentiste, ex-professeur au collège dentaire de la Province de Québec.

DE L'HYGIÈNE DE LA BOUCHE ET DES DENTS DANS LES COLLÈGES ET COUVENTS.

Par le Dr EUDORE DUBEAU, Chirurgien-Dentiste, Montréal.

Une statistique conduite avec beaucoup de soin a démontré 1o que sur 1000 enfants de six à douze ans il existe chez chacun environ deux dents de la sixième année, c'est-à-dire la première grosse molaire des côtés droit et gauche des deux maxillaires, attaquées par la carie, et que cela est causé par le manque d'hygiène dentaire ; 2o que l'excès de travail cérébral amène la carie dentaire, et que si elle existe déjà, il l'augmente. Il ne faut pas conclure de ce deuxième point que les élèves qui ont de bonnes dents sont des paresseux et *vice versa*, car toute règle a ses exceptions, et dans le cas actuel c'est heureux. 3o que 75 à 80 o/o des élèves qui fréquentent ces institutions devraient faire examiner leurs dents au moins tous les six mois afin que celles qui sont attaquées par la carie soient traitées, et celles qui auraient une tendance à dévier de leur place normale soient ramenées et maintenues en place. Puisque nous avons mentionné la correction des dents irrégulières, disons que la meilleure époque est entre 13 et 14 ans alors que la dentition est complète, et que le travail réparateur est plus facile ; après 20 ans le résultat est douteux, et il faut porter des appareils régulateurs pendant un temps très long.

Dans chaque collège, le nettoyage des dents, chaque matin avec brosse et poudre, devrait être obligatoire. Il serait bien important aussi que chaque élève nettoie sa bouche après chaque repas avec de l'eau ou mieux encore avec de l'eau contenant quelques gouttes d'une préparation antiseptique, mais les directeurs d'institutions à qui la question a éte soumise considèrent la chose impossible à cause des complications de service et des difficultés de discipline que cela amènerait. Alors, puisque cela est impossible, qu'on exige, ce qui est très facile,

un second nettoyage le soir avant le coucher, afin d'empêcher, pendant la nuit, la fermentation des produits nutritifs qui se logent entre les dents et dans les fissures de la surface des molaires.

J'ai dit plus haut que les dents des élèves devraient être visitées tous les six mois et cela par un dentiste choisi à cette fin par les collèges ou couvents,—parfaitement, mais après cet examen, quoi faire ? Faire l'ouvrage nécessaire ou notifier les parents ! C'est là une question embarrassante—et à laquelle se sont heurtées des institutions disposées à faire observer strictement l'hygiène dentaire.

En effet, un certain nombre de parents ignorant l'importance des dents saines ont protesté contre le système de faire surveiller les dents de leurs enfants par ces institutions, tandis que d'autres mieux informés et plus soucieux du bien-être de leurs enfants ont vu avec plaisir l'adoption de cette mesure qui leur enlevait du trouble et leur assurait que tout serait bien fait.

Pour obvier à toute récrimination, ces institutions ont décidé, et je crois que c'est la seule chose qu'on puisse faire, de faire examiner les dents des élèves et de faire parvenir le résultat de cet examen aux parents, qui décideront de faire faire l'ouvrage par leur dentiste de famille, ou celui du collège ou de n'en rien faire. Ce système a malheureusement amené des résultats déplorables, car les parents en général n'ont attaché aucune importance à l'avis reçu et de semaine en semaine le nombre d'extractions de dents a augmenté.

On ne saurait trop insister sur l'hygiène de la bouche, car les dents cariées produisent des effets désastreux sur la digestion, parce que les vivres sont insuffisamment broyés, et de plus ces dents cariées amenant la carie de leurs voisines, il finit par s'établir un foyer de putréfaction nuisible à la santé.

Pour avoir un résultat pratique, il faut que les médecins et les dentistes fassent des efforts pour faire comprendre à leurs clients l'importance de la conservation des dents, et leurs effets sur la santé en général.

391 rue St Denis, Montréal.

Transformation de l'ulcère stomacal en cancer.—M. le professeur DIEULAFOY a consacré une de ses cliniques à ce sujet intéressant et encore neuf. Cette leçon reproduite par la *Presse Médicale* se résume dans les conclusions suivantes.

1° *L'ulcus simplex* de l'estomac est assez fréquemment atteint de dégénérescence cancéreuse, surtout chez les sujets héréditairement prédisposés. La transformation se fait sur l'ulcère en voie d'évolution ou sur la cicatrice d'un ulcère guéri. L'épithélioma métatypique est la variété la plus commune.

2° Cette association morbide peut se traduire cliniquement par l'association ou par la succession des symptômes de l'ulcère et du cancer.

3° Il est généralement assez facile de faire la part des symptômes de l'ulcère ; il est beaucoup plus difficile de faire la part des symptômes du cancer.

4° La cancérisation de *l'ulcus* stomacal et de sa cicatrice, n'est pas sans analogie avec la cancérisation des cicatrices vivaces ou éteintes qui peuvent exister en d'autres régions.

BIBLIOGRAPHIE.

Vient de paraître

Dr TUFFIER.—**Chirurgie du Poumon**, par le Dr TUFFIER, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, 1 vol. in-8° (MASSON & CIE, éditeurs)..... 6 fr.

Le livre que vient d'écrire M. Tuffier se trouve en ce moment le seul ouvrage complet sur une question d'actualité chirurgicale de la plus grande importance. Il n'existe aucun traité de ce genre ni en France, ni à l'étranger. Condensé en 180 pages, il se divise en deux parties : l'une qui a trait à la technique opératoire dans la chirurgie pulmonaire (thoracotomie, traversée pleurale, pneumotomie, résection du poumon), l'autre qui traite de la conduite à tenir dans chacune des maladies du poumon. La première partie est indispensable à tous ceux qui veulent être au courant de ces opérations ou les pratiquer. La seconde s'adresse en même temps au médecin en traitant des indications opératoires et des résultats thérapeutiques (plaies de poitrine, tumeurs, abcès, kystes, dilatations bronchiques, tuberculose, gangrène) obtenus jusqu'à notre jour par l'ensemble de toutes les opérations pratiquées dans tous les pays et dont de nombreux tableaux donnent les observations et leurs indications bibliographiques.

La radiographie du cerveau.—La radiographie du cerveau. Parmi les présentation, qui ont été faites à l'Académie, il en est une du plus vif intérêt et qui mérite quelques mots d'historique. Au mois d'avril dernier, M. Marey présentait à l'Académie un projet d'appareil imaginé par M. Contremoulins et qui, basé sur la radiographie, permettrait de déterminer mathématiquement le centre d'un projectile siégeant dans le cerveau. M. Marey, tout en faisant ressortir l'importance de cette découverte, déplorait qu'en raison de la pénurie proverbiale des laboratoires français, il ne fût pas possible de donner suite à ce projet, et il adressait un appel à la générosité publique. Cet appel fut entendu et, après avoir lu un article fort élogieux publié dans le *Temps* par M. Charlier, un lecteur de ce journal, M. Dessaux (de Nice), envoya aussitôt la somme nécessaire. Depuis, cette somme a été couverte plus de dix fois par des dons plus ou moins anonymes envoyés soit à M. Marey, soit à M. Charlier. Un appareil définitif a donc pu être construit par M. Carpentier sur les indications de M. Contremoulins, puis des expériences ont été faites sur le cadavre, expériences tellement concluantes que M. Le Dentu, qui y assistait, n'a pas hésité à se servir de cet appareil pour rechercher un projectile dans le cerveau d'un malade de son service. Le siège exact de ce projectile a été déterminé de la façon la plus précise, et M. Le Dentu a pu facilement l'extraire. Ce malade est aujourd'hui complètement guéri. En faisant part à l'Académie de cette consécration clinique qui manquait à l'ingénieuse découverte de M. Contremoulins, M. Le Dentu a obtenu un vif et légitime succès. La plus grande part en revient naturellement au jeune savant, M. Contremoulins, qui, avec la collaboration de M. Rémy, a su mener à bonne fin cette nouvelle et heureuse application de la radiographie.

Pleurésie séro-fibrineuse.—Dans la dernière séance de l'Académie de Médecine, M. Le Damany a communiqué un travail sur l'origine tuberculeuse de la pleurésie séro-fibrineuse, aujourd'hui démontrée par la bactériologie. M. Landouzy, qui, depuis plus de dix ans, soutient et enseigne cette pathogénie de la pleurésie séro-fibrineuse, est venu rappeler ses travaux sur ce sujet, et il s'est félicité, à juste raison, que ses recherches cliniques se trouvent aujourd'hui confirmées par la bactériologie.

Traitement de l'anthrox.—M. TILLAUX a consacré au traitement de l'anthrax une de ses cliniques, qui a été reproduite par la *Tribune Médicale.*

Contrairement à l'opinion de DUPUYTREN, M. TILLAUX n'admet pas l'incision d'emblée. Il n'accepte pas les motifs mis en avant par les interventionnistes ; il nie que l'intervention arrête le développement de l'anthrax, hâte la marche de la cicatrisation, fasse cesser les douleurs, et soit inoffensive.

M. TILLAUX distingue, au point de vue du traitement, deux périodes dans l'anthrax : période d'accroissement, période de ramollissement.

Tant que l'anthrax est en voie d'accroissement, il est et reste dur comme de la pierre. Le chirurgien doit avoir pendant cette période un rôle expectant. Il doit surveiller la marche, et s'efforcer de calmer la douleur. Cette dernière indication sera obtenue avec un cataplasme fait avec la farine de lin bien fraîche, de l'eau filtrée bouillie, de la gaze aseptique recouverte de rubérine. En plus, si le malade ne peut dormir, s'il réclame du sommeil, on lui fera des piqûres de morphine ; il ne s'y habituera pas.

Les pulvérisations phéniquées conseillées par VERNEUIL donnent aussi de bons résultats.

Quand la période de ramollissement est arrivée, il faut attendre un peu encore, sans toutefois laisser toute la peau se sphacéler. On interviendra plutôt avec les ciseaux qu'avec le bistouri, les ciseaux étant plus hémostatiques que le bistouri. On fera de chaque côté de l'anthrax deux sections semblables, de longueur suffisante. Le pus sort alors facilement. On doit rendre la plaie bien propre, par les lavages et les pulvérisations.

En agissant ainsi on soulage les malades et on n'a pas à craindre la phlébite. Depuis plus de vingt ans qu'il a adopté cette conduite, M. TILLAUX n'a pas perdu un malade.—*L'Abeille Médicale.*

Dissolution des cadavres dans la potasse caustique.—Le ministère public à Chicago vient de faire procéder à une curieuse expérience, ayant pour objet d'établir la culpabilité du sieur Adolph Luetgert, le riche fabricant de saucisses, qui est accusé d'avoir tué sa femme et d'avoir fait disparaître son corps en le déposant dans une cuve remplie d'acide. L'expérience a parfaitement réussi : dans une cuve pleine de potasse caustique on a placé un cadavre, qui, au bout de deux heures, était complètement brûlé ou dissous, à l'exception de quelques petits fragments d'os ; des chairs il ne restait qu'une faible quantité d'une substance pâteuse ayant à peu près la consistance de la mélasse. Cette expérience est concluante, aux yeux du ministère public, en ce qu'elle prouve que Luetgert a très bien pu se débarrasser du cadavre de sa femme en le faisant dissoudre dans de l'acide, ce dont plusieurs experts avaient contesté la possibilité. L'attorney du district croit donc qu'il ne manque plus rien au faisceau de preuves réunies contre le fabricant de saucisses.

Enquête sur le scorbut infantile.—Nous avons reçu du Dr CROZER GRIFFITH, de Philadelphie, la communication suivante, sur laquelle nous attirons l'attention de nos lecteurs : la Société Américaine de Pédiatrie est à faire une enquête collective sur les cas de scorbut infantile survenant dans l'Amérique du Nord et demande vivement aux médecins de l'aider dans ses recherches en lui envoyant des observations, qu'elles aient été ou non publiées. - L'usage qu'elle fera des observations envoyées n'en préviendra nullement la publication subséquente par l'auteur. On peut, sur application, se procurer des questionnaires à remplir. Le rapport final, imprimé, sera envoyé à ceux qui auront envoyé des observations.

COLLABORATEURS

AU

26ème VOLUME

DE

"L'UNION MÉDICALE DU CANADA"

Archambault, Dr J. L., de Cohoes.
Banks, Dr W. Mitchell, de Liverpool.
Beauchamp, Dr G. E., Montréal.
Benoit, Dr E. P., Montréal.
Biggs, Dr Hermann M , de New-York.
Boulet, Dr J. P., Québec.
Brennan, Dr M T., Montréal.
Brochu, Dr D., Québec
Charbonneau, Dr A., Ogdensburg.
Cormier, Dr I., Montréal.
DeCotret, Dr E. A. René, Montréal.
Derome, Dr W., Montréal.
Dubeau, Dr Eudore, Montréal.
Ethier, Dr A., Montréal.
Faucher, Dr P. V., Québec.
Foucher, Dr A. A., Montréal.
Lachapelle, Dr E. P., Montréal.
Lamarche, Dr L. A., Montréal.
Lesage, Dr J. A., Montréal.
Lippé, Dr J., St-Ambroise de Kildare.
Marien, Dr Amédée, Montréal.
Mercier, Dr O. F., Montréal.
Osler, Dr William, de Baltimore.
Paquin, Dr C. R., Québec.
Parizeau, Dr T., Montréal.
Pelletier, Dr Elzéar, Montréal.
Prévost, Dr L. Coyteux, Ottawa.
Prume, Dr Jehin, Montréal.
Richet, Prof. Charles, de Paris.
Roberge, Dr D., St-Barthélemi.
Roddick, Dr T. G., Montréal,
Roux, Dr J. P., Montréal.
Roy, Dr L. H., Montréal.
St-Jacques, Dr Eugène, à Paris.
Smith, Dr A. Lapthorn, Montréal.
Villeneuve, Dr Georges, Montréal.
Widal, Dr Fernand, de Paris.
Wyatt-Johnston, Dr, Montréal.

NOMS DES PRINCIPAUX

MÉDECINS D'HOPITAUX

DONT LES CLINIQUES SONT REPRODUITES DANS CE VOLUME

Abadie, de Paris.
Berger, de Paris.
Blackader, de Montréal.
Budin, de Paris.
Calot, de Berk sur mer.
Charpentier, de Paris.
Christopher Heath, de Londres.
Comby, de Paris.
Delbet, de Paris,
Delorme, de Paris.
Demons, de Paris.
Dieulafoy, de Paris.
Doyen, de Paris.
Duplay, de Paris.
Ettore, de Padoue.
Guyon, de Paris.
Huchard, de Paris.
Hutchinson, de Londres.
Jonnesco, de Bucharest.
Julien, de Paris
Kirmisson, de Paris.
Lannelongue, de Paris.
Le Dentu, de Paris.
Leech, de Manchester.
Legendre, de Paris.
Legueu, de Paris.
Lister, de Londres.
Metschikoff, de Paris.
Pinard, de Paris.
Potain, de Paris.
Power, de Londres.
Quénu, de Paris.
Ranvier, de Paris.
Reclus, de Paris.
Réverdin, de Genève.
Richardson, de Londres.
Sinclair, de Manchester.
Stephen Mackenzie, de Londres.
Stewart, de Montréal.
Tarnier, de Paris.
Vainier, de Paris.
Von Leube, de Berlin.
Watson Cheyne, de Londres.

FORMULAIRE

Anticholérique 375
Antiseptie intestinale 375-439
Asthme 374
Bronchite 439-689
Broncho-pneumonie 307
Brûlures 374
Catarrhe atrophique 307
Catarrhe nasal 54
Conjonctivide 179
Contractions tétaniques de l'utérus 374
Coqueluche 179
Cystite 439
Diarrhée 307
Dysenterie 306
Dyspepsie atonique 374
Dyspepsie nervo-motrice 178
Eczéma chronique 178
Engelures 54
Epilatoire 54
Epilepsie 689
Epistaxis 375
Furoncles 248
Goutte 116
Hémorrhoïdes 306
Ictère 307
Injections vaginales 689
Insolation 440
Laryngite striduleuse 439
Métrite chronique 688
Pommade pour les sondes 689
Pneumonie 54-178
Prostatite 179
Psoriasis 179
Rhinite atrophique et hypertrophique 111
Rhumatisme articulaire aigu 110
Rhumatisme articulaire chronique 178
Sciatique 688
Sécrétion lactée 374
Sérum artificiel 247
Stomatite aphteuse 306
Sueurs nocturnes 248
Syphilis 178
Toux 689
Uréthrite 248
Variole 501-502

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

A

Abcès du cou consécutifs aux inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne. Etude sur les 89
Abcès rétro-pharyngiens aigus chez les enfants. Les 552
Abdomen. Sur les contusions de 732
Absence du médecin· L' 315
Absence congénitale des iris, par Dr Jehin-Prume 273
Acide picrique et son emploi. L' 211
Accouchement : celles d'autrefois et celles d'aujourd'hui. Les blessures d' 620
Accouchements. L'emploi des antiseptiques et spécialement du sublimé dans les 547
Action antigalactogogue du camphre 358
Action favorable de la vaccination jennérienne sur la toux quinteuse post-rubéolique 572
Action thérapeutique générale des courants alternatifs de haute fréquence 662
Adénopathie cervicale détective des néoplasmes abdominaux 80
Affections oculaires. La carie dentaire et les..., par le Dr Roberge 135
Albumine par la méthode d'Esbach. Dosage de l' 163
Albuminuriques. L'allaitement chez les... 107
Aliénés devant la loi. Les..., par Dr Geo. Villeneuve 5
Alimentation des malades dans la fièvre typhoïde. L' 143
Allaitement chez les albuminuriques. L'.... 107
Altérations de la moëlle épinière dans la coqueluche. Des 436
Amputation de Symes. L' 281
Anatomie pathologique, et cure radicale du pied-bot varus-équin-congénital, par le docteur Amédée Marien 540
Ancien chirurgien pendant la guerre. L'.., par W. Mitchell Banks 600
Anémie par la moëlle osseuse. Du traitement de l' 569
Angine de poitrine. Le trinitrate d'érythrol dans l' 275
Angioleucite aiguë du cheval. Recherches bactériologiques à propos d'une épidémie d' 347
Appendicites suppurées. De l'incision lombo-iliaque dans le traitement des 671
Anthropométrie. L'..., par le Dr L. J. H. Roy 324
Antiseptie chez le barbier. L' 118-432
Antiseptiques, et spécialement du sublimé dans les accouchements. L'emploi des.. 547
Aponévroses. Du myélome des gaines tendineuses et des 87
Apoplexie 198
Appareils de marche dans le traitement des fractures du membre inférieur. Les..... 548
Appendicite. L' 617
Appendicite. Le traitement chirurgical de l' 112
Appendicite. Réflexions sur l' 437
Appendicitomie, par le Dr A. Charbonneau 68
Application de l'entomologie à la médecine légale. L' 577
ARCHAMBAULT, J. L., M. D.—Sérothérapie, tubage et trachéotomie 641-705
Art dentaire dans la province de Québec. L' 245
Artério-scléreux. Du point de côté chez les 278
Arthrite déformante et ses relations avec la pthisie, le rhumatisme et les maladies de la moëlle épinière 612
Arthrotomie et résection de l'épaule. Sur un nouveau procédé d' 672
Asaprol. Traitement de la coqueluche au moyen de l' 35
Assainissement des places d'eau. L' 429
Association médicale Britannique. L' 62-124-589
Association médicale Canadienne· L' 536
Assurance sur la vie. Le médecin d' 724
Ataxie locomotrice 206
Atonie du rectum 614
Autopsies d'enfants nouveau-nés 345
Avortement incomplet. Traitement de l'... 97
Avortement incomplet. De l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de l' 422
Avortement. Un cas spécial d' 208
Avortement. Rétention du placenta dans la cavité utérine 678

B

Bacille tuberculeux dans le lait. Le 637
Bains chauds dans le traitement de la rougeole. Les 435
Bains d'air chaud. Le traitement du rhumatisme articulaire par les 216
BANKS, W. MITCHELL.- L'ancien chirurgien pendant la guerre 600
Barbier. L'antiseptie chez le 118-432
Bassin vicié, Intervention après trois jours de travail. Enfant vivant. Une opération césarienne à la campagne. Grossesse à terme chez une rachitique à 159
BENOIT, E. P., M. D., et T. PARIZEAU M. D.—Pleurésie purulente à pneumococques... 340
BENOIT, E. P.—Onze cas d'insolation 468
Bibliographie ..... 12-26-64-128-177-192 238-255-316-319-353-373-421 -442-448-472-525 660-667-703-751-754
BIGGS. HERMANN, M.—L'Hygiène publique à New-York 606
BIennorrhagie sur les suites de couches. Influence de la 142
Blessures d'accouchement : celles d'autrefois et celles d'aujourd'hui. Les, ... 620

PAGES

Bouche. Hygiène de la..., et des dents..... 752
Bouche, et des voies respiratoires. Quelques remarques sur l'usage du tabac en rapport avec la muqueuse de la..., par le professeur Foucher..... 193
BOULET, Dr J. P.—Le médecin d'assurance sur la vie..... 724
BRENNAN, M. T. et A. ETHIER.—Cancer primitif de l'œsophage..... 335
BROCHU, Dr D.—De l'Epilepsie Jacksonnienne..... 385
Bronchite chronique. Les végétations adénoïdes et la..... 276
Brûlures— Du rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif aux..., Son traitement par la gastro-entéro-anastomose..... 90
Bureau des Gouverneurs et les Sociétés de Bienfaisance Le..., ... 701

C

Calculs de la vessie. La cystite et les..... 284
Calculs de l'uretère. Les..... 619
Calvitie, Le microbe de la..... 308
Calvitie vulgaire. La..... 376
Camphre. Action antigalactogogue du..... 358
Canada : son organisation et ses ressources médicales, par T G. Roddick, M. D.... 589
Canaux déférents et castrations dans l'hypertrophie de la prostate Résection des..... 154
Cancer de la prostate. Opérations palliatives contre le..... 155
Cancer du foie..... 227
Cancer du rectum. Diagnostic du..... 349
Cancer du rectum. L'opération de Kraske dans le..... 617
Cancer épithélial. Guérison radicale du..... 412
Cancer primitif de l'œsophage, par M. T. Brennan M. D. et A. Ethier M.D 335
Carie dentaire..... 302
Carie dentaire en rapport avec les maladies d'yeux, d'oreilles et de tête. La. 245
Carie dentaire et les affections oculaires. La..., par le Dr Roberge..... 135
Carie dentaire. La..... 243
Carotides. Ligature des..... 619
Cas de thyroïdectomie partielle. Un.., par le Dr O. F. Mercier..... 71
Castration dans l'hypertrophie de la prostate, Résection des canaux déférents et.... 154
Cataractes secondaires des deux yeux, strabisme de l'œil droit et dyplopie, par le Dr Jehin Prume..... 137
Cathétérisme artériel. Deux cas de..... 46
Cavité utérine. Avortement. Rétention du placenta dans la..... 678
CHARBONNEAU Dr A.—Appendicitomie..... 68
Chirurgie abdominale.—Contribution à l'étude de la..... 77
Chirurgie Congrès français de..., tenu à Paris du 18 au 23 octobre 1897..... 732
Chirurgie de l'empyème. La..... 287
Chirurgie de l'estomac..... 90
Chirurgie dentaire..... 371
Chirurgie des voies biliaires..... 618
Chirurgie. L'enseignement de la..... 616
Chlorose. Le traitement de la..... 212
Chlorure de zinc. Technique opératoire. Traitement des hernies congénitales de l'enfance par les injections de..... 668

PAGES

Chronique..... 126-256-317-384-507-575
Cimetières. Les dangers des 100
Clavicule. Du traitement des fractures de la 156
Cocaïne en chirurgie, par Dr O. F. Mercier 20
Cocaïnisme chronique. Un cas de..... 210
Cœur et lésions valvulaires chez deux jeunes enfants Hypertrophie du 139
Colique hépatique. Forme fébrile de la..... 565
Collections séreuses pelviennes. Des..... 155
Col utérin. Oblitération du, par le Dr Lippé. 546
Comment doit-on combattre la réaction inflammatoire de l'éruption vaccinale.. 634
Commission de la tuberculose. La tuberculose pulmonaire, devant la..... 57
Conférence des Conseils d'Hygiène de l'Amérique du Nord, tenue a Nashville, les 18 et 19 août 1897..... 681
Congrès français de chirurgie..... 86-150-732
Congrès médical Pan American. Le second 27-76
Consanguinité. Sur la..... 661
Conseil d Hygiène de la Province de Québec..... 48
Conseil d'Hygiène de la Province de Québec Le deuxième rapport annuel du 49
Conseils d'Hygiène de l'Amérique du Nord, tenue à Nashville, les 18 et 19 août 1897. Conférence des..... 681
Conservation des instruments de chirurgie. La 226
Constipation habituelle. La..... 278
Contagion de la rougeole et de la coqueluche. La 101
Continuité de la vie comme base de la conception biologique. De la..... 664
Contribution au traitement des contusions et plaies de l'abdomen 150
Contre-indication du lavage de l'estomac cancéreux..... 288
Contusions de l'abdomen. Sur les..... 732
Contusions et plaies de l'abdomen. Contribution au traitement des..... 150
Coqueluche. De la durée de l'incubation, et de l'époque de la transmissibilité de la 105-436
Coqueluche au moyen de l'asaprol. Traitement de la..... 35
Coqueluche. Des altérations de la moëlle épinière dans la..... 436
Coqueluche. Etude de la température dans la 435
Coqueluche. La contagion de la rougeole et de la..... 101
Coqueluche, la rougeole, la tuberculose et la lèpre. Les règlements municipaux concernant la..... 925
Coqueluche. Le microbe de la..... 614
Coqueluche. Le traitement hygiénique de la..... 234
Coqueluche, par les inhalations d'ozone. Traitement de la..... 104
Cordon ombilical. Ligature et pansement du..... 289
Corps étrangers du nez et des oreilles. L'extraction des..... 282
Couches. Un procédé pour pratiquer sans inconvénients les injections vaginales pendant les suites de..... 554
Courants alternatifs de haute fréquence. Sur l'action thérapeutique générale des. 662

PAGES

Courrier de l'Hôpital Notre-Dame. Notes de M. le Dr Derome..... 119-186-249
Courrier des Hôpitaux. Hospice St-Joseph, Dr Jehin Prume..... 251
Courrier des Hôpitaux. Crèche de la Miséricorde..... 310
Courrier des Hôpitaux. Hospice de la Maternité, par le Dr E. A. R. De Cotret... 690
Courrier des Hôpitaux. Hôpital Notre-Dame. Notes du Dr L. A. Lamarche... 379-441-573
Courrier des Hôpitaux. Hôtel-Dieu. Notes du Dr Geo. E. Beauchamp..... 442
Coxalgie doit guérir sans boiterie. La..... 157
Coxalgie chez l'enfant. Traitement conservateur de la..... 416
Coxalgie. Traitement conservateur de la... 560
Crookes. Quelques suggestions pratiques au sujet des tubes de..., par le professeur Foucher..... 321
Croup. La diphtérie et le..... 102
Cultures atténuées, comme moyen d'éviter les pseudo-réactions dans le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde par la méthode du sang desséché. De l'emploi des..., par le Dr Wyatt Johnston..... 74
Cure radicale des hernies inguinales. Sur un nouveau mode de traitement dans la 670
Cure radicale des hernies. Nouvelle..... 225
Cure radicale du pied-bot varus-équin congénital. Anatomie pathologique et..., par le Dr Amédée Marien..... 540
Cure radicale du prolapsus utérin..... 86
Curettage et curage de l'utérus : le traitement de l'infection puerpérale..... 91
Cystite et les calculs de la vessie. La..... 284
Cystites tuberculeuses. Nouveau traitement des..... 226
Cystite tuberculeuse. Traitement de la..... 153
Cystotomie hypogastrique. L'avenir de la... 46

D

Dacryocystite. Deuxième contribution à l'étiologie de la..., par le prof. Foucher. 537
Dangers des cimetières. Les..... 100
Décroissance rapide d'une tumeur fibreuse de la matrice à la suite du traitement par l'électricité, par A. Lapthorn Smith... 464
Défense de l'organisme. La..... 214
Dégénérescence maligne des fibrômes est-elle fréquente ? La..... 294
Dents. Extraction des..... 685
Dents. Hygiène de la bouche et des..... 752
Dernier rapport du C. M. et C. P. Q. par le Dr Paul..... 698
Désinfection des chambres par la formaline.. 629
745
Deuxième contribution à l'étiologie de la dacryocystite, par le professeur Foucher..... 537
Diabète..... 227
Diagnostic de la grossesse masquée..... 673
Diagnostic des maladies pelviennes tuberculeuses..... 623
Diagnostic de la perméabilité rénale..... 570
Diagnostic de la variole. Le..... 496
Diagnostic du cancer du rectum..... 349
Diarrhée infantile. Sur la..... 434
Diathèse urique. De la..... 83
Diphtérie et le croup. La..... 102
Diphtérie. L'isolement de la..... 628
Disparition des souffles endocardiques..... 614
Disposition des matières d'égouts..... 628
Diurétiques. Les..... 633
Diurétique, Le strophantus comme tonique cardiaque et..... 218
Dosage de l'albumine par la méthode d'Esbach..... 163
Douleurs pelviennes. Traitement des..... 292
Droits du médecin traitant, Les..... 123
DUBEAU, Eudore.—La greffe dentaire..... 566
DUBEAU, Dr Eudore.—Hygiène de la bouche et des dents dans les collèges et couvents..... 752
Durée de l'incubation, et de l'époque de la transmissibilité de la coqueluche. De la..... 105-436
Diagnostic par les rayons X. Le..... 118
Dyplopie. Cataractes secondaires des deux yeux, strabisme de l'œil droit et..., par le Dr Jehin Prume..... 137
Dysménorrhée traités par l'hygiène, les médicaments, l'électricité et par diverses méthodes opératoires..., par A. Lapthorn, Smith, M. D. Huit cents cas de..... 129
Dyspnée dans la pleurésie avec épanchement. De la..... 487
Dystocie au Mexique. La..... 77

E

Eau. Filtration mécanique de l'..... 620
Eau froide en médecine infantile. L'..... 175
Eau. La filtration de l'..... 361
Eclampsie puerpérale. La perte de mémoire dans l'épilepsie et l'..... 219
Enfance (étude pathogénique et thérapeutique). Les incontinences d'urine de l'..... 170
Egouts. Disposition des matières d'..... 628
Electricité. Décroissance rapide d'une tumeur fibreuse de la matrice, à la suite du traitement par l'..., par A. Lapthorn Smith..... 464
Emploi du sulfate de quinine dans le traitement de l'avortement incomplet. De l'..... 422
Emploi des cultures atténuées, comme moyen d'éviter les pseudo-réactions dans le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde par la méthode du sang desséché. De....., par le Dr Wyatt Johnston..... 74
Empoisonnement arsénical par la voie vaginale..... 456
Empoisonnement chronique par le plomb. Symptômes peu fréquents de l'..... 148
Empoisonnement par le sublimé corrosif..... 84
Empyème. La chirurgie de l'..... 287
Enseignement de la chirurgie. L'..... 616
Entomologie à la médecine légale. L'application de l'..... 577
Entorses et des fractures malléolaires par le massage ischémique. Traitement des.. 158
Epaule. Sur un nouveau procédé d'arthrotomie et de résection de l'..... 672
Epilepsie, et l'éclampsie puerpérale. La perte de mémoire dans l'..... 219
Epilepsie jacksonnienne. De l'..., par le Dr D. Brochu..... 385
Epilepsie. Traitement chirurgical de l'..... 44
Epithélioma des fosses nasales..... 346
(Erysipèle bronzé). Deux observations de

PAGES

septicémie suraiguë 86
Erysipèle. La sérothérapie de l' 36
Esbach. Dosage de l'albumine par la méthode d' 163
Estomac. Chirurgie de l' 90
Estomac. Traitement chirurgical de la perforation spontanée de l' 351
Estomac. Traitement de l'ulcère de l' 413
Etat puerpéral. Examen bactériologique des sécrétions génitales dans la grossesse et l' 354
ETHIER A. et M. T. Brennan Cancer primitif de l'œsophage 335
Etude de la température dans la coqueluche 435
Etude sur les abcès du cou consécutifs aux inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne 89
Examen bactériologique des sécrétions génitales dans la grossesse et l'état puerpéral 354
Existence entre les jumeaux. De la lutte pour l' 228
Exploration externe. De l' 673
Extraction des corps étrangers du nez et des oreilles. L' 282
Extraction des dents 685
Conception biologique. De la continuité de la vie comme base de la 664

F

FAUCHER, Dr P. V.—Quelques notes sur un cas de mortalité assez étrange à la suite d'une injection de sérum antidiphthérique de Roux 404
Fausse couche d'origine probablement blennorrhagique 209
Favus. L'huile de cade contre le 348
Fermes vaccinales en Prusse. Les 99
Fibrômes La dégénérescence maligne des..., est-elle fréquente? 294
Fièvres automnales dans les Etats du Sud... 39
Fièvre hystérique. La 78
Fièvre jaune. Caractères biologiques du sang dans la 36
Fièvre jaune et l'impaludisme. La 37
Fièvre jaune. L'urine dans la 36
Fièvre typhoïde, et son traitement chirurgical. La perforation intestinale dans la 180
Fièvre typhoïde. L'alimentation des malades dans la 143
Fièvre typhoïde par la méthode du sang desséché. De l'emploi des cultures atténuées comme moyen d'éviter les pseudo-réactions dans le séro-diagnostic de la..., par le Dr Wyatt Johnston 74
Fièvre typhoïde. Séro-diagnostic de la..., par Fernand Widal 526
Fièvre typhoïde sudorale 345
Filtration de l'eau. La 361
Filtration mécanique de l'eau 628
Fistules génito-urinaires chez la femme. Traitement opératoire des 356
Foie. Cancer du 227
Formaline. Désinfection des chambres par la 629–745
Formaline et ses applications, La 147
Formes et traitement de l'insomnie 612
Forme fébrile de la colique hépatique 565
Fosses nasales. Epithélioma des 346

PAGES

FOUCHER, M. D.—Deuxième contribution à l'étiologie de la dacryocystite 537
FOUCHER, M. D.—Traumatisme grave de l'orbite ayant intéressé les sinus maxillaire, ethmoïdal et sphénoïdal 65
FOUCHER, M. D.—Quelques remarques sur l'usage du tabac en rapport avec la muqueuse de la bouche et des voies respiratoires 193
FOUCHER.M. D.—Quelques suggestions pratiques au sujet des tubes de Crookes 321
FOUCHER, M. D.—Troubles nerveux en rapport avec les maladies de l'oreille 449
Fractures de la clavicule. Du traitement des. 156
Fracture des malléoles. Du mécanisme des.. 157
Fracture du col de l'humérus 345
Fractures du membre inférieur. Les appareils de marche dans le traitement des.. 548
Fractures. Greffe osseuse dans les 204
Fractures malléolaires par le massage ischémique. Traitement des entorses et des 158
Fracture, Résection du péroné pour 209
Fumigation au soufre 467

G

Gaines tenditeuses et des aponévroses, Du myélome des 87
Gale. Le meilleur traitement de la 79
Garde-malades du Jubilé. Les 314
Gastro-entéro-anastomose. Du traitement cicatriciel du pylore consécutif aux brûlures. Son traitement par la 90
Gibbosités. Le traitement chirurgical des. 114
Glande thyroïde. Le principe actif de la 145
Goître exophthalmique. Le 339
Goître exophthalmique. Pathogénie et traitement du 221
Goutte et le rhumatisme chronique. Les rayons X dans la 150
Goutte, La pathogénie de la 274
Grand ménage du printemps et les mouches. Le 301
Gravelle intestinale. La 217
Greffe dentaire. La..., par le Dr Eudore Dubeau 566
Greffe osseuse dans les fractures 204
Grossesse à terme chez une rachitique à bassin vicié. Intervention après 3 jours de travail. Enfant vivant. Une opération césarienne 159
Grossesse. Des médicaments contre-indiqués dans la 360
Grossesse et l'état puerpéral. Examen bactériologique des sécrétions génitales dans la 354
Grossesse extra-utérine. Soins et traitement de la 76
Grossesse Influence de la lactation sur la menstruation et la 164
Grossesse, Les vomissements de la 622
Grossesse masquée. Diagnostic de la 673
Grossesse. Mensuration de la tête fœtale pendant la 557
Grossesse tubaire. Diagnostic de la 209
Guérison radicale du cancer épithélial 412

H

Hébra. Intoxication saturnine mortelle par la pommade d' 370

PAGES

Hématomyélopore 637
Hémorrhagie asthénique passive de l'utérus. De l'emploi de l'iodure de potassium comme hémostatique indirecte dans l'... 77
Hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta. De la valeur comparative des principales méthodes de traitement. 232-553
Hémorrhagie méningée. Sur la mort subite des nouveau-nés et des nourrissons particulièrement dans ses rapports avec l' 563
Hémorrhagie par inertie utérine. 554
Hémorrhagies post-partum. Injections de sérum dans les 428
Hémorrhoïdes par le procédé de Whitehead. Traitement des 151
Hémostatique. Du sulfate de soude comme.. 88
Hérédité morbide, influence des troubles morbides des générateurs sur les rejetons. Sur l' 560
Hernies congénitales de l'enfance par les injections de chlorure de zinc, Technique opératoire du traitement des..... 668
Hernie inguinale directe. De la..... 411
Hernies. Nouvelle cure radicale des..... 225
Hernies inguinales, Sur un nouveau mode de traitement du sac dans la cure radicale des 670
Hôpital St-Louis. La peau à l'..., par Eug. St-Jacques, M. D.. 656
Hoquet. Traitement du..... 268
Hôtel-Dieu. Notes du Dr J. P. Roux, médecin-interne..... 60-119-186
Huile de cade contre le favus. L'..... 348
Huit cents cas de dysménorrhée, traités par l'hygiène, les médicaments, l'électricité et par diverses méthodes opératoires, par A. Lapthorn Smith, M. D..... 129
Humérus. Fracture du col de l'..... 345
Hydrastis canadensis sur le catarrhe bronchique. Action de l' 640
Hydronéphrose par rétrécissement de l'uretère. Guérison..... 152
Hygiène au Canada. Les progrès de l'..., par E. P. Lachapelle, M. D..... 530
Hygiène de la bouche et des dents dans les collèges et couvents, par le Dr Eudore Dubeau..... 752
Hygiène de l'Amérique du Nord, tenue à Nashville les 18 et 19 août 1897. Conférence des Conseils d'..... 681
Hygiène de la Province de Québec. Conseil d' 48
Hygiène de la Province de Québec. Le deuxième rapport annuel du conseil d' 49
Hygiène prophylactique. L'..... 297
Hygiène publique à New-York. L'..., par Hermann M. Biggs 606
Hypertrophie de la prostate. Résection des canaux déférents et castration dans l'... 154
Hypertrophie du cœur et lésions valvulaires chez deux jeunes enfants 139

I

Idées passées et présentes sur l'action des médicaments. Les..... 630
Impaludisme à Mexico. Observations de cas d' 39
Impadulisme. La fièvre jaune et l'..... 37
Impadulisme. Qulques faits d'utilité pratique au sujet de l'..... 38

PAGES

Incision lombo-iliaque dans le traitement des appendicites suppurée. De l'..... 671
Incontinences d'urine de l'enfance (étude pathogénique et thérapeutique). Les... 170
Incubation, et de l'époque de la transmissibilité de la coqueluche. De la durée de l' 105
Inertie utérine. Hémorrhagie par..... 554
Inhalations d'ozone. Traitement de la coqueluche par les 104
Infection des sinus caverneux..... 346
Infection péri-urétrales, leur traitement..... 153
Infection puerpérale: curettage et curage de l'utérus. Le traitement de l'..... 91
Inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne. Etude sur les abcès du cou consécutifs aux..... 89
Influence de la blennorrhagie sur les suites de couches..... 142
Influence de la lactation sur la menstruation et la grossesse..... 164
Influence qui ont déterminés le progrès de la médecine durant ces deux derniers siècles et demi..... 611
Injections de sérum dans les hémorrhagies post-partum 428
Injections intra-articulaires. Traitement des tumeurs blanches par les..... 88
Injections salines dans le traitement de la pneumonie, spécialement chez les vieillards. Des..., par J. A. Lesage..... 457
Injections vaginales pendant les suites de couches. Un procédé pour pratiquer sans inconvénients les..... 554
Insertion vicieuse du placenta. De la valeur comparative des principales méthodes de traitement de l'hémorrhagie liée à l' 232-553
Insolation. Onze cas d'.., par E. P. Benoit. 468
Insomnie. Le traitement de l'..... 631
Insomnie. Formes et traitement..... 612
Insuffisance de la valvule tricuspide d'origine rhumatismale 377
Institut vaccinogène. L'... 190
Instruments de chirurgie. La conservation des 226
Intérêts professionnels..... 252-311-381-503-698
Intoxication par un suppositoire belladonné 410
Intoxication saturnine mortelle par la pommade d'Hébra 370
Iris. Absence congénitale des..., par Dr Jehin Prume..... 273
Isolement de la diphthérie. L'..... 628

J

Jehin Prume, Dr.—Cataractes secondaires des deux yeux, strabisme de l'œil droit et dyplopie..... 137
Jumeaux. De la lutte pour l'existence entre les 228
Jus de citron dans le pansement des plaies de mauvaise nature. Le..... 463

K

Kyste de l'ovaire. Péritonite. Occlusion intestinale. Guérison. Laparatomie pratiquée trois fois chez la même personne dans l'espace de seize jours, par le Dr L. Coyteux Prévost..... 257

PAGES

Kyste du para-ovarium adhérent à la trompe 141

L

LACHAPELLE, E. P.—Les progrès de l'hygiène au Canada..... 530
Lactation sur la menstruation et la grossesse. Influence de la..... 164
Lait chez les nourrices. De la production du 415
Lait. Le bacille tuberculeux dans le..... 637
Langue noire. De la..... 559
Laparatomie. De la mort après la..... 358
Laparatomie pratiquée trois fois chez la même personne dans l'espace de seize jours. Kyste de l'ovaire, Péritonite, Occlusion intestinale. Guérison, par le Dr L. Coyteux Prévost..... 257
LAPTHORN-SMITH, M. D. — Huit cents cas de dysménorrhée traités par l'hygiène, les médicaments, l'électricité et par diverses méthodes opératoires..... 129
Larynx. Le tubage du..... 416
Lavage de l'estomac cancéreux. Contre-indication du 288
Lèpre grecque. Nouvelle méthode sérothérapique pour le traitement de la..... 37
Lèpre. Les règlements municipaux concernant la coqueluche, la rougeole, la tuberculose et la..... 625
LESAGE, J. A.—Des injections salines dans le traitement de la pneumonie, spécialement chez les vieillards 457
Lésions bulbaires. Spasmes bronchiques par 346
Les sanitaria 334
Lésions valvulaires chez deux jeunes enfants. Hypertrophie du cœur et..... 139
Leucocytes. Le rôle physiologique des..... 378
Ligature des carotides..... 619
Ligature et pansement du cordon ombilical 289
J. LIPPÉ, M. D.-Oblitération du col utérin.. 546
Lithiase biliaire. La..... 615
Loi. Les médecins et la..... 473
Lutte pour l'existence entre les jumeaux. De la 228

M

Maladie des bestiaux de Pictou. La..... 637
Maladies de cœur. Traitement des..... 334
Mal de Pott. L'opération du..... 377
Maladies pelviennes tuberculeuses. Diagnostic des 623
Malléoles. Du mécanisme des fractures des.. 157
MARIEN, Amédée, M. D.—Anatomie pathologique et cure radicale du pied-bot varus-équin congénital 540
Massage ischémique. Traitement des entorses et des fractures malléolaires par le..... 158
Matrice à la suite du traitement par l'électricité. Décroissance rapide d'une tumeur fibreuse de la..., par A. Lapthorn Smith 464
Mécanisme des fractures des malléoles. Du.. 157
Médecin d'assurance sur la vie. Le..... 724
Médecine anglaise dans la nouvelle Angleterre. La..., par William Osler..... 595
Médecine infantile. L'eau froide en..... 175
Médecine légale. L'application de l'entomologie à la..... 577
Médecins et la loi. Les..... 473
Médecin traitant. Les droits du..... 123
Médicaments contre-indiqués dans la grossesse. Des..... 360
Médicaments. Les idées passées et présentes sur l'action des..... 630
Médication thyroïdienne contre les états congestifs des organes génitaux féminins 655
Mémoire dans l'épilepsie et l'éclampsie puerpérale. La perte de..... 219
Méninges sans lésions cérébrales. Guérison. Perforation de l'os frontal et des..... 139
Méningisme et méningites 529
Méningisme hystérique fébrile..... 552
Méningite non tuberculeuse postérieure de la base chez les enfants..... 564
Méningite séreuse due au pneumocoque. De la 687
Méningite tuberculeuse..... 227
Menstruation dans ses rapports avec la pathologie générale. La..... 488
Menstruation et la grossesse. Influence de la lactation sur la..... 164
Mensuration de la tête fœtale pendant la grossesse..... 557
MERCIER, Dr O. F.—La cocaïne en chirurgie. 20
Microbe de la calvitie. Le..... 208
Microbe de la coqueluche. Le..... 614
Migraine. Du traitement de la..... 83
Moëlle épinière. L'arthrite déformante et ses relations avec la pthisie, le rhumatisme et les maladies de la..... 612
Moëlle osseuse. Du traitement de l'anémie par la..... 569
Mort après la laparatomie. De la..... 358
Mort subite des nouveau-nés et des nourrissons, particulièrement dans ses rapports avec l'hémorrhagie méningée. Sur la... 563
Morve à la Havane. La..... 37
Mouches. Le grand ménage du printemps et les..... 301
Mycosis du pharynx..... 665
Myélite diffuse..... 206
Myélome des gaines tendineuses et des aponévroses. Du..... 87

N

Néoplasmes abdominaux. Adénopathie cervicale des..... 80
Néphrite post-scarlatineuse. Traitement de la..... 176
Néphropexie. Sur la..... 152
Névralgie dentaire chez les femmes enceintes. 372
Nez et des oreilles. L'extraction des corps étrangers du..... 282
Notes cliniques. La peau à l'Hôpital St-Louis, par Eug. St-Jacques, M. D..... 656
Notes sur la désinfection des chambres par la formaldéhyde, par Wyatt Johnston.. 745
Nourrices enceintes Des..... 162
Nouveau mode de traitement du sac dans la cure radicale des hernies inguinales..... 670
Nouveau-nés et des nourrissons, particulièrement dans ses rapports avec l'hémorrhagie méningée. Sur la mort subite des..... 563
Nouveau procédé d'arthrotomie et de résection de l'épaule. Sur un..... 672

PAGES

O

Oblitération du col utérin, par le Dr Lippé 546
Observations de septicémie suraiguë (érysipèle bronzé) Deux 86
Obstruction intestinale. L' 77
Obstruction intestinale par des calculs de Salol 288
Occlusion intestinale (Kyste de l'ovaire-Péritonite) Laparatomie pratiquée trois fois chez la même personne dans l'espace de seize jours, par le Dr L. Coyteux Prévost 257
Oedème aigu du poumon. L' 571
Œsophage. Cancer primitif de l'..., par M. T. Brennan, M. D. et A. Ethier M. D. 335
Œuvre de Pasteur et la conception moderne de la médecine. L'..., par le professeur Charles Richet 513
Opération césarienne à la campagne. Grossesse à terme chez une rachitique à bassin vicié. Intervention après trois jours de travail 159
Opération de Kraske dans le cancer du rectum 617
Opération du mal de Pott 377
Opérations palliatives contre le cancer de la prostate 155
Orbite, traumatisme grave de l'..., ayant intéressé les sinus maxillaire, ethmoïdal et sphénoïdal, par le professeur Foucher 65
Oreilles et de tête. La carie dentaire en rapport avec les maladies d'yeux, d'... 245
Oreilles. L'extraction des corps étrangers du nez, et des 282
Oreille moyenne. Etude sur les abcès du cou consécutifs aux inflammation aiguës ou chroniques de l' 89
Oreille. Troubles nerveux en rapport avec les maladies de l'..., par le professeur Foucher 449
Organisme. La défense de l' 214
Os frontal et des méninges sans lésions cérébrales. Perforation de l' 139
OSLER, William. — La médecine anglaise dans la Nouvelle-Angleterre 595
Ozone 104
Ozone. Traitement de la coqueluche par les inhalations d' 104

P

Pan American. Le second congrès médical 27-76
Pansement du cordon ombilical. Ligature et 289
PARIZEAU, T., M. D., et E. P. BENOIT, M. D., Pleurésie purulente à pneumocoques 340
Pasteur et la conception moderne de la médecine. L'œuvre de..., par le professeur Charles Richet 513
Pathogénie de la goutte. La 274
Peau à l'Hôpital St-Louis. La..., par Eug. St-Jacques, M. D 656
PELLETIER, Dr Elzéar. — Conférence des Conseils d'Hygiène de l'Amérique du Nord tenu à Nashville les 18 et 19 août 1897 681
Perforation de l'os frontal et des méninges sans lésions cérébrales. Guérison 139
Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde et son traitement chirurgical. La 180
Perforation spontanée de l'estomac. Traitement chirurgical de la 351
Péritonite, Occlusion intestinale, (Kyste de l'ovaire). Laparatomie pratiquée trois fois chez la même personne dans l'espace de seize jours, par le Dr L. Coyteux Prévost 257
Perméabilité rénale. Diagnostic de la 5-0
Péroné, pour fracture. Résection du 209
Peste bubonique et son sérum. La 182
Pharynx. Mycosis du 665
Pied-bot varus-équin congénital. Anatomie pathologique et cure radicale du..., par le docteur Amédée Marien 540
Pied-bot varus-équin Sur le 86
Placenta dans la cavité utérine. Avortement. Rétention du 678
Placenta. De la valeur comparative des principales méthodes de traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du 232-553
Places d'eau. L'assainissement dans les 429
Plaies de l'abdomen. Contribution au traitement des contusions et 150
Pleurésie purulente à pneumocoques, par E. P. Benoit, M. D, et T. Parizeau, M D. 340
Pleuro-pneumonie des bestiaux. La 638
Plomb. Symptômes peu fréquents de l'empoisonnement chronique par le 148
Pneumocoques. Pleurésie purulente à..., par E. P. Benoit, M. D., et T. Parizeau, M. D. 340
Pneumonie, spécialement chez les vieillards. Des injections salines dans le traitement de la..., par J. A. Lesage 457
Point de côté chez les artério-scléreux. Du 278
Poumon L'oedème aigu du 571
PREVOST, Dr L. Coyteux, — Laparatomie pratiquée trois fois chez la même personne dans l'espace de seize jours. — Kyste de l'ovaire -Péritonite-Occlusion intestinale. Guérison 257
Primipare à 8½ mois de grossesse atteinte d'œdème et d'albuminurie Régime lacté et autres soins employés avec peu de résultat pendant plusieurs jours. Provocation du travail, forceps. Suites heureuses pour la mère et l'enfant 742
Principe actif de la glande thyroïde. Le 145
Procédé pour distinguer le sang normal d'avec le sang diabétique. Un 82
Procédé pour pratiquer sans inconvénients les injections vaginales pendant les suites de couche. Un 554
Progrès de la médecine durant ces deux derniers siècles et demi. Influences qui ont déterminé les 611
Progrès de l'hygiène au Canada. Les..., par E. P. Lachapelle, M. D. 530
Progrès des rayons X. Les 377
Progrès des recherches pathologiques et leurs résultats. Les 635
Prolapsus utérin. Cure radicale du 86
Prostate. Opérations palliatives contre le cancer de la 155
Prostate. Résection des canaux déférents et castration dans l'hypertrophie de la 154
Prostatite. Cure radicale de la 45
PRUME, Dr JEHIN. — Absence congénitale des iris 273
Prurit vulvaire. Traitement du 529
Pseudo-réactions dans le séro-diagnostic de

PAGES

la fièvre typhoïde par la méthode du sang desséché. De l'emploi des cultures atténuées comme moyen d'éviter les..., par le Dr Wyatt Johnston 74
Pthisie, le rhumatisme et les maladies de la moëlle épinière. L'artbrite déformante et ses relations avec la 612
Putréfaction fœtale. Sur la 677
Pylore, consécutif aux brûlures. Son traitement par la gastro-entéro-anastomose. Du rétrécissement cicatriciel du 90

Q

Quarantaines. De l'utilité des 626
Quelques notes sur un cas de mortalité assez étrange, à la suite d'une injection de sérum anti-diphthérique de Roux, par le Dr P. V. Faucher 404
Quelques suggestions pratiques au sujet des tubes de Crookes, par le Prof. Foucher. 321

R

Rachitisme. Recherches sur la pathogénèse du 239-367
Rapport annuel du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec. Le deuxième 49
Rayons Roëntgen en chirurgie. Valeur des.. 46
Rayons X dans la goutte et le rhumatisme chronique. Les 150
Rayons X. Le diagnostic par les 118
Rayons X. Les progrès des 377
Recherches bactériologiques à propos d'une épidémie d'angioleucite aiguë du cheval 347
Recherches pathologiques en médecine. La valeur des 146
Recherches sur la pathogénèse du rachitisme 239-367
Rechute et récidive de la rougeole 106
Récidive de la rougeole. Rechute et 106
Rectum. Atonie du 614
Rectum. Diagnostic du cancer du 349
Réflexions sur l'appendicite 437
Règlements municipaux concernant la coqueluche, la rougeole, la tuberculose et la lèpre. Les 625
Rein mobile. Le 417
Remarques sur l'usage du tabac en rapport avec la muqueuse de la bouche et des voies respiratoires. Quelques..., par Professeur Foucher 193
Résection des canaux déférents et castration dans l'hypertrophie de la prostate 154
Résection de l'épaule. Sur un nouveau procédé d'arthrotomie et de 672
Résection de l'intestin 618
Résection du péroné pour fracture 209
Rétention du placenta dans la cavité utérine. Avortement 678
Rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif aux brûlures—Son traitement par le gastro-entéro-anastomose. Du 90
Rétrécissement de l'uretère. Guérison. Hydronéphrose par 152
Rétroversions. Traitement des 684
Rhumatisme articulaire aigu 220-280
Rhumatisme articulaire aigu par les application d'essence du wintergreen. Traitement du 85
Rhumatisme articulaire par les bains d'air chaud. Le traitement du 216
Rhumatisme chronique. Les rayons X dans la goutte et le 150
Rhumatisme et les maladies de la moëlle épinière. L'arthrite déformante et ses relations avec la pthisie, le 612
RICHET, Charles. — L'œuvre de Pasteur et la conception moderne de la médecine 513
ROBERGE, Dr.—La carie dentaire et les affections oculaires 135
RODDICK, T. G., M. D.—Le Canada : son organisation et ses ressources médicales 589
Rôle de l'insuffisance des valvules de la saphène interne dans les varices du membre inférieur. Du 736
Rôle des agents physiques dans les maladies infectieuses 35
Rôle physiologique des leucocytes. Le 378
Rougeole, et de la coqueluche. La contagion de la 101
Rougeole. Les bains chauds dans le traitement de la 435
Rougeole, la tuberculose et la lèpre. Les règlements municipaux concernant la coqueluche, la 625
Rougeole. Le traitement hygiénique de la... 165
Rougeole. Rechute et récidive de la 106
ROY, Dr L. J. H.—L'anthropométrie 324
Rubéole. De la 610

S

Saignée et le sérum artificiel dans l'urémie aiguë. La 414
Salol. Obstruction intestinale par des calculs de 288
Sang normal d'avec le sang diabétique. Un procédé pour distinguer le 82
Saphène interne,. Du rôle de l'insuffisance des valvules de la..., dans les varices du membre inférieur 736
Scarlatine. Des bains chauds dans le traitement de la 545
Sclérose en plaques 206
Scoliose. La 618
Sécrétions génitales dans la grossesse et l'état puerpéral. Examen bactériologique des 354
Septicémie puerpérale. Traitement classique de la 78
Septicémie suraiguë (érysipèle bronzé). Deux observations de 86
Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde par Fernand Widal 526
Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, par la méthode du sang desséché. De l'emploi des cultures atténuées comme moyen d'éviter les pseudo-réactions dans la..., par le Dr Wyatt Johnston 74
Sérothérapie de l'érysipèle. La 36
Sérothérapie, tubage et trachéotomie, par J. L. Archambault, M. D. 641-705
Sérum antidiphtéritique. Le 634
Sérum antidiphthérique de Roux. Quelques notes sur un cas de mortalité assez étrange à la suite d'une injection de..., par le Dr P. V. Faucher 404
Sérum artificiel dans l'urémie aiguë. La saignée et le 414
Sérum dans les hémorrhagies post-partum.

PAGES

Injection de 428
Sérum. La peste bubonique et son 182
Stérilité par les antiseptiques. La 233
Sinus caverneux. Infection des 346
Sinus maxillaire, ethmoïdal et sphénoïdal, Traumatisme grave de l'orbite ayant intéressé les..., par le professeur Foucher 65
SMITH, A. Lapthorn, M. D.—Décroissance rapide d'une tumeur fibreuse de la matrice à la suite du traitement par l'électricité 464
Sociétés de Bienfaisance. Le bureau des Gouverneurs et les 701
Société des internes de l'Hôpital Notre-Dame 139-205-345
Société Médicale de Québec 411
Société Médicale de Québec. Constitution de la 201
Souffles endocardiques. Disparition des 614
Spasmes bronchiques par lésions bulbaires 346
ST-JACQUES, Eug, M. D.—La peau à l'Hôpital St-Louis 656
ST-JACQUES, Eug. M. D.—Congrès français de chirurgie tenu à Paris du 18 au 23 octobre 1897 732
Stercorome infantile. Du 151
Strabisme de l'œil droit et dyplopie. Cataractes secondaires des deux yeux, par le Dr Jehin Prume 137
Strophantus comme tonique cardiaque et diurétique. Le 218
Sublimé corrosif. Empoisonnement par le 84
Sublimé dans les accouchements. L'emploi des antiseptiques et spécialement du 547
Suites de couches. Influence de la blennorrhagie sur les 142
Sulfate de quinine dans le traitement de l'avortement incomplet. De l'emploi du 422
Sulfate de soude comme hémostatique. Du 88
Symes. L'amputation de 281
Symphyséotomie. De la 675
Symptômes peu fréquents de l'empoisonnement chronique par le plomb 148
Syphilis héréditaire : développement d'enfants d'un poids extrêmement faible 355
Syphilis. Le traitement de la 632
Syphilis. Quand faut-il commencer le traitement de la 672

T

Tabac, en rapport avec la muqueuse de la bouche et des voies respiratoires. Quelques remarques sur l'usage du..., par le professeur Foucher 193
Tachycardie post-opératoire 348
Technique opératoire. Traitement des hernies congénitales de l'enfance par les injections de chlorure de zinc 668
Tête fœtale pendant la grossesse. Mensuration de la 557
Tête. La carie dentaire en rapport avec les maladies d'yeux, d'oreilles et de 245
Thyroïdectomie partielle. Un cas de..., par le Dr O. F. Mercier 71
Tonique cardiaque et diurétique. Le strophantus comme 218
Toux quinteuse post-rubéolique. Action favorable de la vaccination jennérienne sur la 572
Trachéotomie. Sérothérapie, tubage et..., par J. L. Archambault, M. D 641-705
Traitement abortif de l'uréthrite blennorrhagique. Du 494
Traitement chirurgical de la perforation spontanée de l'estomac 351
Traitement chirurgical de l'appendicite. Le 112
Traitement chirurgical des gibbosités. Le 114
Traitement chirurgical. La perforation intestinale dans la fièvre typhoïde et son 180
Traitement conservateur de la coxalgie chez l'enfant 416
Traitement conservateur de la coxalgie 560
Traitement de la chlorose. Le 212
Traitement de la coqueluche au moyen de l'asaprol 35
Traitement de la coqueluche par les inhalations d'ozone 104
Traitement de la cystite tuberculeuse 153
Traitement de la gale. Le meilleur 79
Traitement de la migraine. Du 83
Traitement de l'anémie par la moëlle osseuse. Du 569
Traitement de la néphrite post-scarlatineuse. 176
Traitement de la pneumonie, spécialement chez les vieillards. Des injections salines dans le..., par J. A. Lesage 457
Traitement de la syphilis. Le 632
Traitement de l'avortement incomplet 97
Traitement de l'eczéma par l'acide picrique. 506
Traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta. De la valeur comparative des principales méthodes du 232
Traitement de l'infection puerpérale. curettage et curage de l'utérus. Le 91
Traitement de l'insomnie. Le 631
Traitement de l'ulcère de l'estomac 431
Traitement des contusions et plaies de l'abdomen. Contribution au 150
Traitement des cystites tuberculeuses. Nouveau 226
Traitement des entorses et des fractures malléolaires par le massage ischémique 158
Traitement des fractures de la clavicule. Du 156
Traitement des fractures du membre inférieur. Les appareils de marche dans le 548
Traitement des hémorrhoïdes par le procédé de Whitehead 151
Traitement des hernies congénitales de l'enfance par les injections de chlorure de zinc. Technique opératoire 668
Traitement des maladies de cœur 334
Traitement des tumeurs blanches par les injections intra-articulaires 88
Traitement des tranchées utérines 740
Traitement diététique du diabète 613
Traitement du hoquet 268
Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les applications d'essence de Wintergreen 85
Traitement du rhumatisme articulaire par les bains d'air chaud. Le 216
Traitement du sac dans la cure radicale des hernies inguinales. Sur un nouveau mode de 670
Traitement hygiénique de la coqueluche. Le 234
Traitement hygiénique de la rougeole. Le 165
Traitement opératoire des fistules génito-

PAGES

urinaires chez la femme 357
Traitement par la gastro-entéro-anastomose. Du rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif aux brûlures. Son... 90
Traitement rationnel des douleurs pelviennes..... 292
Tranchées utérines· Traitement des 740
Transmissibilité de la coqueluche. De la durée de l'incubation et de l'époque de la 105
Traumatisme grave de l'orbite ayant intéressé les sinus maxillaire, ethmoïdal et sphénoïdal, par le Professeur Foucher.. 65
Trinitrate d'érythrol dans l'angine de poitrine. Le 275
Trompe. Kyste du para-ovarium adhérent à la 141
Troubles nerveux en rapport avec les maladies de l'oreille, par le professeur Foucher 449
Tubage du larynx. Le..... 416
Tubage et trachéotomie. Sérothérapie par J. L. Archambault, M. D..... 641-705
Tuberculose et la lèpre. Les règlements municipaux concernant la rougeole, la 625
Tuberculose par l'étude microscopique du sang. Diagnostic de la..... 39
Tuberculose pulmonaire devant la commission de la tuberculose. La..... 57
Tumeurs blanches, par les injections intra-articulaires. Traitement des..... 88
Tumeur fibreuse de la matrice, à la suite du traitement par l'électricité. Décroissance rapide d'une..., par A. Lapthorn Smith..... 464

U

Ulcère de l'estomac. Traitement de l'..... 413
Urémie aiguë. La saignée et le sérum artificiel dans l'..... 414
Uretère. Guérison. Hydronéphrose par rétrécissement de l'..... 152
Uretère. Les calculs de l'..... 619
Utérus. Le traitement de l'infection puerpérale : curettage et curage de l'..... 91
Utilité des quarantaines. De l'..... 626

V

Vaccination jennérienne sur la toux quinteuse post-rubéolique. Action favorable de la..... 572
Vaccination. La pratique antiseptique de la 500
Vaccination. L'efficacité de la..... 495
Vaccination. Les preuves de l'efficacité de la..... 749
Valeur comparative des principales méthodes de traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta. De la..... 232-553
Valeur des recherches pathologiques en médecine. La..... 146
Valvules de la saphène interne. Du rôle de l'insuffisance des..., dans les varices du membre inférieur 736
Valvule tricuspide d'origine rhumatismale. Insuffisance de la..... 377
Variétés..... 511
Varices des extrémités inférieures..... 46
Varices du membre inférieur. Du rôle de l'insuffisance des valvules de la saphène interne dans les..... 736
Variole à Montréal. La..... 624
Variole jusqu'aujourd'hui. La..... 487
Variole. Le diagnostic de la..... 496
Variole. Prophylaxie de la 502
Végétations adénoïdes et la bronchite chronique. Les 276
Verrues. Traitement des..... 684
Vessie. La cystite et les calculs de la 284
VILLENEUVE, Dr George.-Les aliénés devant la loi 5
Voies biliaires. Chirurgie des..... 618
Voies respiratoires. Quelques remarques sur l'usage du tabac en rapport avec la muqueuse de la bouche et des..., par le professeur Foucher... 193
Vomiques chroniques d'origine pleuro-pulmonaire 205
Vomissements de la grossesse. Les..... 622

W

Whitehead. Traitement des hémorrhoïdes par le procédé de..... 151
WIDAL, Fernand.—Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde..... 526
Wintergreen. Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les applications d'essence de 85
WYATT JOHNSTON, Dr- De l'emploi de cultures atténuées comme moyen d'éviter les pseudo-réactions dans le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde par la méthode du sang desséché,..... 74

Y

Yeux, d'oreilles et de tête. La carie dentaire en rapport avec les maladies d'.... 245

2 gal
125+